



# **UNIVERSITÉ DE LILLE**

**UFR3S-MÉDECINE**

**Année : 2025**

## **THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Repérage de la dépression du post partum : point de vue des  
médecins généralistes des Hauts de France**

Présentée et soutenue publiquement le 20 novembre 2025 à 14h00

au Pôle Formation

**par Sarah MASSELIN**

---

### **JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Renaud JARDRI**

**Assesseurs :**

**Madame le Docteur Judith OLLIVON**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Thierry DUTHOIT**

## **AVERTISSEMENT**

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

## **Table des matières**

|                                                                      |           |
|----------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>I. Résumé .....</b>                                               | <b>6</b>  |
| <b>II. Introduction.....</b>                                         | <b>8</b>  |
| A) Définition et épidémiologie de la dépression du post partum ..... | 8         |
| 1) Définition.....                                                   | 8         |
| 2) Prévalence.....                                                   | 8         |
| B) Symptomatologie.....                                              | 9         |
| C) Dépistage de la dépression du post partum .....                   | 9         |
| <b>III. Matériel et Méthodes.....</b>                                | <b>11</b> |
| A) Choix de la méthode .....                                         | 11        |
| B) Population étudiée.....                                           | 11        |
| 1) Critères de choix des participants.....                           | 11        |
| 2) Mode de recrutement.....                                          | 11        |
| 3) Taille et nombre des focus group.....                             | 11        |
| 4) Elaboration de la trame des entretiens .....                      | 12        |
| C) Réalisation des entretiens.....                                   | 12        |
| 1) Déroulement des focus group .....                                 | 12        |
| 2) Retranscription.....                                              | 13        |
| D) Analyse des données .....                                         | 13        |
| <b>IV. Résultats.....</b>                                            | <b>14</b> |
| A) Caractéristiques des participants.....                            | 14        |
| B) Repérer une dépression du post partum .....                       | 15        |
| 1) Méthode de repérage .....                                         | 15        |
| a) Observer le comportement de la patiente .....                     | 15        |
| b) Observer les interactions mère-enfant.....                        | 15        |
| c) Savoir repérer de façon précoce et répétée.....                   | 16        |
| d) Poser des questions ouvertes.....                                 | 17        |
| e) Prévenir et alerter.....                                          | 17        |
| f) Rester disponible .....                                           | 17        |
| 2) Signes d'alerte .....                                             | 18        |
| a) Asthénie physique et psychique .....                              | 18        |
| b) Troubles du sommeil et de l'appétit.....                          | 18        |
| c) Culpabilité et dévalorisation.....                                | 19        |

|           |                                                                   |           |
|-----------|-------------------------------------------------------------------|-----------|
| d)        | Anxiété .....                                                     | 19        |
| e)        | Savoir différencier dépression du post partum et baby blues ..... | 20        |
| 3)        | Facteurs de risque.....                                           | 20        |
| a)        | Facteurs psychologiques .....                                     | 20        |
| b)        | Facteurs sociaux et environnementaux .....                        | 21        |
| c)        | Facteurs familiaux .....                                          | 21        |
| d)        | Vécu de la patiente .....                                         | 22        |
| e)        | Reprise du travail .....                                          | 23        |
| 4)        | Aide au repérage .....                                            | 23        |
| a)        | Connaître sa patientèle .....                                     | 23        |
| b)        | S'appuyer sur l'entourage de la patiente .....                    | 24        |
| 5)        | Freins au repérage .....                                          | 25        |
| a)        | Manque de formation.....                                          | 25        |
| b)        | Manque d'aide au repérage.....                                    | 25        |
| c)        | Manque de temps .....                                             | 25        |
| d)        | Absence de consultation dédiée .....                              | 26        |
| e)        | Sujet tabou .....                                                 | 26        |
| C)        | Prendre en charge une dépression du post partum.....              | 27        |
| 1)        | Identifier les facteurs de gravité .....                          | 27        |
| 2)        | Protéger l'enfant et sa mère .....                                | 28        |
| 3)        | Proposer une prise en charge pluri-professionnelle.....           | 28        |
| a)        | Les psychologues .....                                            | 29        |
| b)        | La Protection Maternelle et Infantile.....                        | 29        |
| c)        | Les sage-femmes.....                                              | 30        |
| d)        | Les médecines parallèles .....                                    | 30        |
| 4)        | Mettre en place un traitement.....                                | 31        |
| 5)        | Proposer un accompagnement suivi et régulier .....                | 32        |
| 6)        | Demander l'aide de l'entourage de la patiente .....               | 32        |
| 7)        | Déculpabiliser .....                                              | 33        |
| 8)        | Renouveler le suivi.....                                          | 33        |
| <b>V.</b> | <b>Discussion.....</b>                                            | <b>34</b> |
| A)        | Forces et limites de l'étude .....                                | 34        |
| 1)        | Forces de l'étude .....                                           | 34        |
| a)        | Choix de la méthode.....                                          | 34        |
| b)        | Choix du modérateur .....                                         | 34        |
| 2)        | Limites de l'étude.....                                           | 34        |

|              |                                                       |           |
|--------------|-------------------------------------------------------|-----------|
| a)           | Biais de sélection .....                              | 34        |
| b)           | Biais de recrutement.....                             | 34        |
| B)           | Repérer les patientes fragiles.....                   | 35        |
| C)           | Prévenir avant de guérir .....                        | 35        |
| D)           | Savoir s'appuyer sur l'entourage de la patiente.....  | 36        |
| E)           | Multiplier les acteurs intervenant dans le suivi..... | 36        |
| <b>VI.</b>   | <b>Conclusion</b> .....                               | <b>37</b> |
| <b>VII.</b>  | <b>Bibliographie</b> .....                            | <b>38</b> |
| <b>VIII.</b> | <b>Annexes</b> .....                                  | <b>40</b> |

## Liste des abréviations

|                |                                                                      |
|----------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>DPP</b>     | Dépression du Post Partum                                            |
| <b>CIM 10</b>  | Classification Internationale des Maladies, 10 <sup>è</sup> révision |
| <b>DSM V</b>   | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders                |
| <b>IGEDEPP</b> | Interaction of Gene and Environment of Depression during Post Partum |
| <b>ELFE</b>    | Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance                       |
| <b>EPDS</b>    | Edimburg Post Partum Scale                                           |
| <b>ACOG</b>    | American College of Obstetricians and Gynecologists                  |
| <b>AAP</b>     | American Academy of Pediatrics                                       |
| <b>HAS</b>     | Haute Autorité de Santé                                              |
| <b>SASPAS</b>  | Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée         |
| <b>PMA</b>     | Procréation Médicalement Assistée                                    |
| <b>PMI</b>     | Protection Maternelle et Infantile                                   |
| <b>CRAT</b>    | Centre de Référence des Agents Tératogènes                           |
| <b>OREHANE</b> | ORganisation REgionale Hauts de France Autour de la périNatalité     |

## **I. Résumé**

### Introduction

La dépression du post partum est un trouble de l'humeur qui touche environ 10% des femmes pendant la période du post partum. Cette affection peut avoir de grandes conséquences sur la santé de la mère et le développement de l'enfant lorsqu'elle n'est pas prise en charge.

Le but de cette étude est de s'intéresser au repérage de la dépression du post partum, d'identifier les signes qui permettent aux médecins généralistes de la repérer et de mettre en place un parcours de soins adapté.

### Méthode

Une étude qualitative a été réalisée avec la mise en place de 3 focus group, dans lesquels les 21 médecins étaient invités à échanger sur leurs opinions et pratiques.

### Résultats

Les médecins généralistes s'appuient sur les symptômes de dépression pour repérer une dépression du post partum chez leurs patientes, et cherchent à identifier les patientes présentant des facteurs de risque pour mettre en place le suivi.

Le repérage se fait principalement en observant le comportement de la mère et le lien qu'elle noue avec son enfant.

Il paraît intéressant de s'appuyer sur l'entourage de la patiente à la fois pour identifier les fragilités mais aussi pour mettre en place un réseau de soutien pour la patiente.

### Discussion

La dépression du post partum reste encore aujourd'hui un sujet que les femmes n'osent pas aborder même auprès des professionnels de santé, ce qui reste un obstacle pour la prise en charge.

Il est nécessaire d'informer les patientes le plus tôt possible et de savoir les orienter vers un réseau de soutien avec un suivi pluri professionnel adapté.

La prise en charge restant principalement un suivi et un soutien psychologique de la patiente, l'introduction d'un traitement médicamenteux ne prenant son sens qu'en cas de gravité clinique.

## II. Introduction

### A) Définition et épidémiologie de la dépression du post partum

#### 1) Définition

La dépression du post partum est classée par le CIM-10 comme un épisode dépressif caractérisé sans trouble psychotique dont les symptômes peuvent apparaître dans les 4 à 6 semaines suivant l'accouchement et jusqu'à 1 an après l'accouchement [1].

L'épisode dépressif caractérisé est défini par le DSM-V comme la présence durant au moins 2 semaines consécutives d'au moins 5 des symptômes suivants [2] :

- Une humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours
- Une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, presque tous les jours
- Une perte ou un gain excessif de poids en l'absence de régime particulier
- Insomnie ou hypersomnie, presque tous les jours
- Agitation ou ralentissement psychomoteur, presque tous les jours
- Fatigue ou perte d'énergie, presque tous les jours
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, presque tous les jours
- Diminution de l'appétit à penser ou à se concentrer, presque tous les jours
- Pensées de mort récurrentes ou idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider

La dépression du post partum est donc un trouble de l'humeur qui touche les femmes dans l'année suivant leur accouchement. Elle résulte d'une combinaison de facteurs hormonaux et de facteurs environnementaux. Elle peut avoir des conséquences graves sur la santé de la mère mais aussi de l'enfant.

#### 2) Prévalence

Les études tendent à prouver que la dépression du post partum toucherait 1 femme sur 6 après l'accouchement.

La cohorte IGEDEPP réalisée en 2021 estime que la dépression du post partum toucherait 8.3% à 12.9% des femmes au cours de leur première année de post partum [3].

La prévalence en France en 2021 était de 16.7% selon l'enquête nationale périnatale, la prévalence des idées suicidaires était quant à elle de 23.8% chez les femmes atteintes de dépression du post partum [4].

## B) Symptomatologie

La naissance d'un enfant provoque un bouleversement hormonal et psychologique fréquent chez les femmes. 85% d'entre elles peuvent présenter un « baby blues », avec des symptômes tels que des pleurs incessants et sans raison particulière, une irritabilité et une anxiété majorées [5]. L'évolution est en général spontanément favorable en une quinzaine de jours.

Elle n'est pas à confondre avec la dépression du post partum qui va associer les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé avec une tristesse intense et inexplicable, une labilité émotionnelle, un sentiment de culpabilité et une dépréciation de ses capacités maternelles, voire une perte d'intérêt pour le nourrisson. [6]

Il est important de pouvoir en poser le diagnostic pour en éviter les complications, en effet dans les cas les plus sévères, on peut voir une majoration des idées suicidaires chez les mères [7]. La dépression du post partum lorsqu'elle est sévère peut également avoir un impact sur la relation et les interactions mère-enfant pouvant mener à des troubles du développement ou du comportement, comme des troubles du sommeil ou de l'alimentation, chez l'enfant [8].

Leur repérage en reste néanmoins compliqué, la plupart des femmes ne reconnaissant pas les symptômes dépressifs ou ne sachant pas comment en parler et vers qui se tourner pour en parler. Il existe des représentations ancrées de la maternité dans nos sociétés modernes, intensifiant le sentiment de culpabilité de ces femmes qui n'osent de ce fait pas en parler [9].

## C) Dépistage de la dépression du post partum

La cohorte ELFE [10] (Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance) réalisée en 2015 note que seules 12.6% des femmes ayant participé à l'étude ont rapporté une anxiété ou une détresse pendant leur grossesse et parmi ces femmes, 25% d'entre elles ont entrepris un suivi régulier avec un professionnel de santé (que ce soit avec leur médecin généraliste, sage-femme ou psychologue).

La dépression du post partum reste un trouble très largement sous diagnostiqué, ce qui en fait un enjeu de santé publique, comme rappelé lors de la création du Rapport des 1000 premiers jours par le gouvernement français en 2020 [11].

Ce même rapport préconise l'utilisation d'outils de dépistage qui ont été validés en France comme l'EPDS (Edinburg Postnatal Depression Scale), un auto questionnaire qui peut être proposé aux femmes en post partum. Ce questionnaire comprend 10 questions qui vont permettre au professionnel de santé de se renseigner sur le moral de la patiente, son état d'anxiété, son sentiment de culpabilité ou encore sur l'existence d'idées suicidaires [12].

Les sociétés scientifiques s'accordent pour proposer un dépistage le plus précoce possible en débutant déjà le repérage pendant la grossesse, afin de prendre en charge rapidement les symptômes et ainsi éviter les éventuelles complications.

En effet, l'ACOG (American College of Obstetricians et Gynecologists) recommande un dépistage des symptômes de dépression et d'anxiété par les professionnels de santé au moins une fois pendant la grossesse puis au moment de la visite post natale de chaque patiente, en utilisant un outil de dépistage adapté [13].

L'AAP (American Academy of Pediatrics) recommande également aux pédiatres de participer à ce dépistage en profitant des consultations mensuelles des nourrissons, jusqu'à l'âge de 6 mois [14].

En France, la HAS (Haute Autorité de Santé) préconise de repérer les signes de vulnérabilité et les premiers symptômes le plus tôt possible en demandant à tous les professionnels de santé qui vont accompagner le couple de débiter ce repérage dès le début de la grossesse et de le poursuivre tout au long de la grossesse ainsi que pendant le post partum [15]. La HAS a mis en place pour cela deux entretiens à réaliser par des professionnels de santé et qui sont à proposer obligatoirement à toute femme au cours de sa grossesse.

L'Entretien Prénatal Précoce, qui peut être réalisé par un médecin ou une sage-femme au 4<sup>ème</sup> mois de grossesse, il a pour but d'échanger avec le couple sur le déroulement de la grossesse et le projet de naissance, afin d'évaluer les besoins de la femme et de son conjoint en termes d'accompagnement en péri ou postnatal.

L'Entretien Postnatal Précoce doit être obligatoirement proposé depuis l'été 2022. Il peut être également réalisé par un médecin ou une sage-femme, entre la 4<sup>ème</sup> et la 8<sup>ème</sup> semaine suivant l'accouchement, et a pour but de repérer les premiers symptômes de dépression du post partum et les éventuels facteurs de risques pré existants et d'évaluer les interactions mère-enfant.

La HAS recommande de proposer un deuxième entretien post natal pour les femmes qui en ressentent le besoin entre la 10<sup>ème</sup> et la 14<sup>ème</sup> semaine après l'accouchement.

### **III. Matériel et Méthodes**

#### **A) Choix de la méthode**

L'objectif était de recueillir et partager les opinions ainsi que le vécu des médecins généralistes et de faire ressortir de nouvelles idées.

Avec cette étude, nous avons pour but d'explorer les pratiques des médecins généralistes et de mettre en évidence les signes qui les orientent vers une dépression du post partum.

Et dans un second temps, de comprendre le parcours de soin mis en place pour le suivi de ces patientes.

C'est donc la méthode qualitative par Focus Group qui a été choisie.

En effet, la dynamique de groupe permet d'explorer différents points de vue tout au long de la discussion. Chaque participant pouvant défendre et argumenter son point de vue auprès des autres. Cette technique d'entretien permet de mieux comprendre les opinions et comportements de chacun mais aussi de trouver des pistes pour améliorer les soins et le suivi des patients.

#### **B) Population étudiée**

##### **1) Critères de choix des participants**

La population cible regroupait les médecins généralistes de la région des Hauts de France, installés ou remplaçants. Ont également été inclus les médecins en cours de formation et actuellement en stage de 3<sup>ème</sup> année (SASPAS) dans un cabinet de médecine générale.

##### **2) Mode de recrutement**

Le recrutement s'est fait par envoi de mail aux médecins généralistes. Il leur était proposé sur la base du volontariat, de participer à un groupe d'étude pour discuter de leurs pratiques concernant le repérage de la dépression du post partum.

##### **3) Taille et nombre des focus group**

Le nombre de participants au focus group est idéalement de 6 à 8 personnes, un nombre minimum de 4 personnes étant indispensable pour obtenir une dynamique de groupe.

Nous avons prévu dès le départ la réalisation de 3 focus group pour obtenir un échantillon suffisant.

Il n'a pas été réalisé de focus group supplémentaire devant la saturation des données obtenue après le troisième entretien.

#### 4) Elaboration de la trame des entretiens

Pour la réalisation du focus group, 3 questions courtes ont été élaborées pour lancer les discussions. Les questions restaient ouvertes afin de laisser le soin aux participants d'étayer leurs opinions.

Le but étant qu'ils discutent entre eux pour affiner les idées ou en faire ressortir de nouvelles.

Quelques questions ont été élaborées afin de relancer la discussion au cas où le sujet s'épuisait. Elles n'étaient pas forcément utilisées.

### C) Réalisation des entretiens

#### 1) Déroulement des focus group

Les deux premiers focus group ont pu être réalisés en présentiel tandis que le dernier focus group a été réalisé en visio conférence.

Les entretiens présentiels ont été réalisés dans un lieu neutre, accessible facilement à tous les participants, ils ont été faits dans le cabinet du médecin modérateur.

Les entretiens se sont déroulés sur le temps du midi, autour d'un repas convivial, afin d'optimiser le temps des médecins participants.

Une fois les participants installés autour de la table, le modérateur était chargé d'animer le groupe.

Le modérateur, se présentait alors puis présentait l'observatrice (l'étudiante réalisant la thèse). Après avoir expliqué aux participants l'intérêt de l'enregistrement audio pour la retranscription à venir, et avoir recueilli l'accord de tous, il présentait le principe des focus group ainsi que la thèse et ses objectifs avant de lancer la discussion autour de la première question de la trame d'entretien.

L'observatrice, plaçait un dictaphone au milieu de la table pour pouvoir enregistrer l'entretien. L'observatrice était chargée de prendre des notes et retranscrire les aspects non verbaux constatés au cours de la réunion (rires, hésitations...). Elle restait silencieuse et n'intervenait pas dans la discussion.

Les séances se poursuivaient jusqu'à épuisement des idées, elles ont duré environ 1h chacune.

L'enregistrement des données audio se faisait via un dictaphone placé au milieu de la table, avec comme appareil de secours un téléphone portable qui enregistrerait également.

L'une des difficultés étant la possibilité des médecins de se rendre sur place pour la réalisation du focus group, il a été décidé de réaliser le troisième focus group en visio

conférence via le logiciel Zoom, lors d'une soirée, après les journées de consultations.

Le déroulement de l'entretien et l'enregistrement des données ayant été réalisé de la même manière que pour les entretiens présents.

## 2) Retranscription

Les focus group ont été transcrits mot à mot. Les transcriptions ont ensuite été anonymisées afin de garantir la confidentialité des participants.

L'ensemble des données verbatim a servi de base à l'analyse thématique. Pour des raisons de volume et afin de préserver l'anonymat des participants, les transcriptions ne sont pas reproduites dans cette thèse.

Un exemple de transcription anonymisée est toutefois présentée en annexe à titre illustratif. L'intégralité des transcriptions peut être consultée sur demande auprès de l'auteur ou du directeur de thèse.

## D) Analyse des données

L'ensemble de l'analyse a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats d'une autre interne de médecine générale.

## IV. Résultats

### A) Caractéristiques des participants

| Médecin | Age    | Genre | Statut          | Années d'installation |
|---------|--------|-------|-----------------|-----------------------|
| P1      | 28 ans | F     | Remplaçant      |                       |
| P2      | 35 ans | F     | Installé        | 10 ans                |
| P3      | 30 ans | F     | Remplaçant      |                       |
| P4      | 32 ans | F     | Installé        | 3 ans                 |
| P5      | 28 ans | H     | Interne         |                       |
| P6      | 41 ans | F     | Installé        | 15 ans                |
| P7      | 28 ans | F     | Interne         |                       |
| P8      | 28 ans | F     | Remplaçant      |                       |
| P9      | 32 ans | F     | Remplaçant      |                       |
| P10     | 47 ans | F     | Requalification | 20 ans                |
| P11     | 32 ans | F     | Installé        | 4 ans                 |
| P12     | 29 ans | F     | Installé        | 7 mois                |
| P13     | 28 ans | H     | Interne         |                       |
| P14     | 30 ans | F     | Installé        | 2 ans                 |
| P15     | 41 ans | F     | Installé        | 9 ans                 |
| P16     | 38 ans | F     | Installé        | 9 ans                 |
| P17     | 32 ans | H     | Installé        | 3 ans                 |
| P18     | 33 ans | H     | Installé        | 3 ans                 |
| P19     | 34 ans | H     | Remplaçant      |                       |
| P20     | 29 ans | F     | Remplaçant      |                       |
| P21     | 29 ans | F     | Remplaçant      |                       |

Au total, 21 médecins ont été interrogés pendant les focus group.

Seize femmes ont été interrogées pour cinq hommes soit 76.19% de femmes et 23.81% d'hommes.

La moyenne d'âge de l'échantillon était de 32.5 ans pour une tranche d'âge allant de 28 à 47 ans.

Sept des médecins avaient un statut de remplaçant, dix médecins étaient installés, trois étaient encore internes et un était en requalification professionnelle pour se reconverter vers la médecine générale.

Les délais d'installation variaient de 7 mois à 15 ans.

B) Repérer une dépression du post partum

1) Méthode de repérage

a) Observer le comportement de la patiente

*Les médecins interrogés s'accordent tous sur le fait qu'observer la patiente et son comportement prend une place importante dans l'examen lors de la recherche d'un syndrome de dépression du post partum.*

*Il leur paraît pertinent d'observer les réactions et les émotions de la maman dès le début de la consultation, d'essayer de repérer d'emblée une fragilité.*

**P4** : « ... il y a ce que dégage la patiente, enfin le faciès triste, peu de mimique, peu expressif, euh parfois, si on l'amène à en parler, il va y avoir des pleurs en consultation. »

**P6** : « Alors déjà euh parfois, c'est des pleurs direct, des mamans qui pleurent direct »

*Il leur semble important de manière générale de s'appuyer sur la part non verbale pendant la consultation.*

**P16** : « Mais c'est vrai que tu parlais de la façon dont la maman s'occupe du bébé, c'est vrai que le non verbal est hyper, est plein d'indices euh quant à la façon dont la maman gère, euh, gère ses émotions et gère les situations, enfin je trouve. Le non verbal c'est ce qui va nous inciter à poser plus de questions. »

*Un des médecins interrogés évoque également observer l'implication de la mère pendant la consultation dédiée à son enfant, s'attarder à regarder si elle s'y intéresse, si elle y prend part.*

**P21** : « ... après on le sent aussi en fonction de l'interaction avec le nouveau-né, si elle est impliquée dans l'examen, enfin je sais pas. Parfois, j'ai des, c'est déjà arrivé, j'ai des mamans qui sont sur leur téléphone et qui s'impliquent pas forcément donc tout de suite, ça met peut-être plus des signes, des signes d'alerte. »

b) Observer les interactions mère-enfant

*L'observation débute dès les premiers instants de la consultation, les médecins proposent de regarder comment la mère s'occupe de son enfant, l'installe et le prépare avant l'examen.*

**P18** : « Moi j'aime bien regarder aussi comment elle déshabille le bébé, comment elle s'occupe du bébé sur les premiers instants de la consultation. »

*Mais également d'observer la réponse du bébé au comportement de sa mère, rechercher la création du lien mère-enfant.*

**P5 :** « Je trouve, un bon moyen de voir l'interaction justement mère-enfant, c'est euh quand on lui demande de déshabiller l'enfant, voir si l'enfant sourit, si elle répond à ça, l'attitude qu'elle a envers le, envers lui à ce moment-là. »

*Les médecins semblent d'accord pour surveiller de près ce lien, qui s'il est difficile à établir peut être un signe précoce de DPP.*

**P11 :** « Moi je pense aussi que l'attachement est très important ..., quand on voit que la relation maman-bébé elle est un peu plus compliquée que pour d'autres mamans, ça c'est un des premiers signes aussi. Voir si la maman elle arrive à consoler le bébé quand il pleure, voir s'il y a un lien qui se fait. »

*Plusieurs des médecins interrogés y voient un signe de gravité de la DPP.*

**P9 :** « Il y a surtout le manque de lien avec l'enfant, parfois jusqu'au rejet. Pas toujours heureusement mais voilà, ça peut aller jusque là voir des fois même elles peuvent devenir violentes, alors pas forcément physiquement, mais émotionnellement avec un manque de, pas de cocooning mais voilà, elles vont plus entourer correctement le bébé »

**P14 :** « Une carence attentionnelle »

c) Savoir repérer de façon précoce et répétée

*Les médecins interrogés s'intéressent aux signes de DPP chez la mère pendant les consultations dédiées au nourrisson, dès les premières consultations.*

**P15 :** « Alors souvent c'est pas les mamans qu'on reçoit en consultation c'est surtout les nouveau-nés. »

*Seuls 3 des médecins interrogés affirment pouvoir voir les nourrissons dès le 7<sup>ème</sup> jour de vie, les autres médecins rencontrent plutôt les patientes lors de la consultation des 15 jours de leur nouveau-né.*

**P11 :** « Mais le temps en fait de sortir de la maternité, de nous appeler, il se passe vite 15 jours. »

*Le diagnostic peut sembler compliqué à poser sur une seule consultation lorsque les signes ne sont pas francs, il est donc important de savoir renouveler le repérage à chaque fois que l'on revoit la patiente, d'essayer de garder un suivi rapproché.*

**P12 :** « Je m'y intéresse à chaque consultation du nourrisson. »

**P9 :** « Je creuse un peu plus J15 et 1 mois. »

**P14 :** « Moi c'est surtout, enfin pour moi, le suivi qui va faire, parce qu'en effet le premier mois en général, elles sont toutes fatiguées et elles sont toutes dépassées et elles dorment pas beaucoup donc c'est pas évident. »

*Il faut savoir rester systématique dans son entretien avec la patiente.*

**P7 :** « Enfin il faut être systématique et poser les questions à chaque fois »

**P11** : « J'en touche un mot à chaque visite quand même. »

d) Poser des questions ouvertes

*Dans chaque focus group, tous les médecins s'accordent sur le fait de proposer des questions plutôt ouvertes à la patiente dans un premier temps pour pouvoir évaluer son ressenti.*

**P02** : « Après moi j'hésite pas à poser la question « Comment est-ce que vous allez vous ? Est-ce que ça s'est bien passé ? » Et souvent après c'est parti. »

**P11** : « Je fais ça dans tous les examens mensuels et je demande souvent comment ça va elle, la question ouverte... »

**P17** : « Moi je pose des questions assez ouvertes justement, je reste volontairement assez ouvert, et je leur dis « Sinon comment ça se passe l'organisation à la maison ? »

e) Prévenir et alerter

*Plusieurs médecins proposent de discuter du diagnostic avec la patiente, affirmant que poser des mots sur les symptômes qu'elle ressent peut lui être bénéfique.*

**P15** : « Des fois l'accroche c'est aussi simplement de leur dire euh « Attention la dépression du post partum existe » ... Ça permet de mettre un mot sur un ressenti, ça permet aussi d'ouvrir la consultation je trouve. »

**P16** : « La prévention c'est important, de leur dire justement que ça peut arriver, qu'on peut se, qu'on peut avoir certains symptômes, qu'on peut se sentir en détresse »

*Cela permet également pour eux d'éduquer la patiente, l'alerter sur les différents symptômes et signes de gravité devant l'amener à consulter rapidement.*

**P14** « Moi j'essaie déjà bah de lui annoncer, voir si elle sait ce que c'est que la DPP et si elle connaît les signes aussi, et les signes d'alerte aussi surtout en fait. »

**P16** : « On peut faire enfin, pas de l'éducation thérapeutique mais quand même lui proposer de la voir plus souvent, c'est très important mais aussi de lui donner un peu les symptômes qui doivent la faire consulter rapidement un médecin ou un professionnel de santé. »

f) Rester disponible

*Il faut évoquer l'idée du diagnostic à la patiente tout en lui laissant le temps d'y réfléchir, de se faire à l'idée de ce diagnostic, lui montrer que l'on reste disponible si elle ressent le besoin de revenir en discuter lors d'une prochaine consultation.*

**P16** : « ... d'ouvrir une porte si jamais, en tout cas si les symptômes sont pas là, les besoins sont pas là, au moins de laisser la porte ouverte pour plus tard au cas où, de

dire bah voilà c'est normal de pas aller bien et si c'est le cas, faut pas hésiter à en parler. »

**P22** : « Bah oui, l'inviter à revenir euh, lui dire que la porte est, enfin est ouverte, que quand elle a, enfin si ça va pas façon elle peut toujours appeler pour avoir un rendez-vous rapide, des choses comme ça pour discuter. »

*Les patientes ayant parfois besoin de temps pour accepter ce diagnostic et accepter de revenir en parler avec leur médecin.*

**P1** : « ... en une consultation ça se fait pas forcément mais qu'il faut aussi laisser le cheminement parce que je pense que j'avais mis quand même des messages dans la tête de cette maman... »

**P1** : « ... moi j'aime bien essayer de fixer un rendez-vous avant qu'ils repartent pour dire on refait le point et si la personne n'a pas forcément pris conscience ou n'est pas euh encore apte à vraiment entendre le diagnostic... »

## 2) Signes d'alerte

### a) Asthénie physique et psychique

*La fatigue fait partie des premiers signes recherchés par les médecins interrogés lorsqu'ils rencontrent une jeune maman en consultation.*

**P9** : « Donc euh du coup bah souvent elles décrivent une fatigue qui est enfin, elles décrivent une fatigue qui est importante, plus importante que celle que l'on peut avoir déjà quand on a un bébé à la maison. »

*Ils précisent également rechercher une fatigue sur le plan émotionnel et psychique.*

**P15** : « C'est des mamans qu'on sent un peu à bout, épuisées, fatiguées... »

### b) Troubles du sommeil et de l'appétit

*Les médecins généralistes ont tendance à rechercher une symptomatologie physique avec un retentissement sur le sommeil et l'appétit des nouvelles mamans, plus intensifié qu'il ne devrait l'être et qui de ce fait impacte leur qualité de vie.*

**P11** : « Quand le sommeil c'est plus compliqué, ça va vite, le moral c'est compliqué aussi. »

**P9** : « ... et puis au niveau alimentaire, si elles prennent plus le temps de manger correctement... »

*Ces symptômes restant pour eux assez difficiles à évaluer puisqu'ils remarquent que les jeunes mamans ont tendance à les banaliser, justifiant le manque de*

*sommeil et d'appétit par le fait de devoir porter une plus grande importance au bien être de leur enfant.*

**P2** : « C'est ce qui est difficile aussi je trouve, d'évaluer tout ce qui est l'appétit, sommeil parce que euh à chaque fois elles mettent en avant « Bah oui mais je peux pas forcément manger quand je veux » ou alors « Je prends du poids ou je perds du poids parce que ben c'est les hormones ». C'est ci, c'est ça. »

c) Culpabilité et dévalorisation

*Les médecins remarquent un sentiment de culpabilité chez les jeunes mamans à risque de DPP, une peur de ne pas être capable d'assurer leur rôle de mère.*

**P4** : « ... Il y avait un sentiment de culpabilité qu'elle exprimait. »

**P12** : « Bah elles peuvent se dire « Je fais mal, je suis pas une bonne maman ». Elles se sentent pas à la hauteur. »

*Les médecins notent également une dévalorisation et une impression de mal faire, de ne pas être à la hauteur.*

**P12** : « Pour les signes évocateurs, je trouve qu'il y a les signes maternels, on en a parlé, les angoisses, les pleurs, la dévalorisation, la peur de mal faire plus poussée que d'habitude. »

**P14** : « Bah moi, on revient un peu sur les signes que tout le monde a évoqué, en effet, enfin la détresse maternelle, fatigue importante, la sensation d'être dépassée aussi, l'impression de ne pas savoir s'occuper de son bébé. »

d) Anxiété

*Les médecins interrogés décrivent comme signe d'alerte une anxiété majorée chez certaines mamans, qu'elles ont tendance à reporter sur leur nouveau-né, ce qui les amène à consulter plus souvent leur médecin traitant.*

**P18** : « Mais du coup, elle voulait absolument venir tous les mois et en fait et bah c'est parce qu'elle était aussi, parce qu'il y avait ce côté inquiétude. Et en fait ce côté inquiétude, il était vraiment très très important et plus important qu'elle le laissait voir, entrevoir quoi. »

*Ces mamans cherchent à tout prix à être rassurées.*

**P14** : « Moi ça m'est déjà arrivé de demander un deuxième avis pour une maman qui venait en fait en consultation souvent avec son bébé, qui trouvait toujours que ça n'allait pas alors qu'il prenait du poids... en fait la maman était tellement stressée que je lui ai dis « Bah écoutez, je vous envoie vers un gastro pédiatre, vous le voyez une fois et s'il y a quelques chose il vous le dira, mais probablement qu'il vous dira comme moi que tout va bien ». Elle y est allée une ou deux semaines après, elle était rassurée et après elle était beaucoup plus zen. »

e) Savoir différencier dépression du post partum et baby blues

*Tous semblent d'accord pour prendre le temps et faire attention à savoir différencier des signes cliniques pouvant se rattacher à un syndrome de baby blues de ceux pouvant plutôt évoquer une DPP.*

**P6** : « Alors fatigue, stress, hum mais de là voilà, faire la part des choses. Petit coup de mou ou baby blues contre vraie vraie dépression. »

*Bien qu'ils voient la maman lors de chaque consultation avec son nouveau-né, la plupart des médecins préfère réserver la question des troubles de l'humeur et donc de la DPP un peu plus tardivement, après le premier mois de vie du nourrisson, pour ne pas confondre avec des signes de baby blues.*

**P18** : « Après moi je fais ça assez, plus tardivement, parce que bah 8 jours euh souvent il peut y avoir le baby blues donc on peut poser la question de l'humeur mais si vraiment on parle de dépression, je rentre vraiment enfin avec une question un peu plus dans le vif du sujet quand je revois l'enfant vers 2 mois, 3 mois, quand on a passé le délai du premier mois. »

3) Facteurs de risque

*Les différents médecins interrogés essaient de repérer des facteurs de risque de DPP chez certaines patientes, qu'ils auront tendance à suivre plus attentivement par la suite.*

a) Facteurs psychologiques

*Les médecins des différents focus group s'accordent tous sur le fait de devoir prendre en compte les antécédents psychologiques et la fragilité de certaines patientes, qui sont à risque de décompenser pendant leur grossesse ou leur post partum.*

**P14** : « Quand il y a des antécédents psychologiques, on peut un peu plus s'attendre à avoir une dépression du post partum. »

**P16** : « Bah il y a des choses qui peuvent se décompenser en fait, déjà, il peut y avoir déjà un terrain un peu, une fragilité psychiatrique à la base ou des troubles de la personnalité qui se décompensent en fait avec le euh avec le post partum. En fait, il y a toutes les maladies psychiatriques qui peuvent se décompenser parfois avec le post partum aussi. »

*Mais ils se rassurent, en se disant que ces antécédents sont généralement déjà connus au moment de la grossesse, et ces patientes ont pour la majorité d'entre elles déjà un suivi psychologique adapté.*

**P18** : « Après généralement, elles ont un suivi psychiatrique. »

*Ils notent également faire attention aux traumatismes qu'auraient pu vivre leurs patientes avant la grossesse, se rappelant que la grossesse ainsi que le post partum restent une période de fragilité émotionnelle pendant laquelle peuvent ressurgir ces traumatismes d'enfance ou de jeunesse, même chez des patientes n'ayant aucun antécédent psychiatrique.*

**P4 :** « Les anciens traumatismes, parce que c'est quand même une période hyper particulière et charnière où il y a pleins de choses qui peuvent revenir sur le devant de la scène. Et ouai, de savoir d'où on part d'un point de vue personnel, ça peut orienter. »

#### b) Facteurs sociaux et environnementaux

*L'un des facteurs qui inquiètent les médecins est l'isolement social, ils prêtent une plus grande attention aux mères isolées, qui doivent gérer seule et sont plus à risque de développer une DPP.*

**P6 :** « ... des mamans qui viennent toutes seules sans le papa et très souvent, même très souvent. »

**P21 :** « Moi c'est rare que j'arrive à les voir en consultation solo mais c'est un signe aussi que parfois elles sont un peu isolées et que le papa s'implique pas forcément ou l'inverse mais voilà. »

*Il semble important pour les médecins de vérifier également l'implication du conjoint pour soutenir la maman, le post partum pouvant être source de conflits entre les deux parents.*

**P4 :** « Oui, il peut y avoir des tensions dans le couple et on sait pas trop identifier à quoi c'est du parce que jusque-là, les parents, fin le couple, les amoureux on va dire, s'entendaient super bien et puis, et puis ça décompense un peu tout le fonctionnement. »

**P13 :** « Il y a peut être l'ambiance à la maison, avec le conjoint, plus de disputes qu'habituellement, ça pourrait être un signe. »

#### c) Facteurs familiaux

*Les médecins s'intéressent également à la constitution de la famille, une famille nombreuse pouvant être un facteur de risque de DPP, devant la difficulté à devoir s'occuper de plusieurs enfants à la fois, d'autant plus s'ils sont d'âges rapprochés.*

**P9 :** « Surtout qu'un deuxième, je trouve que c'est aussi difficile, enfin deuxième ou troisième, les suivants parce qu'il y a aussi le premier ou les deux premiers à gérer donc je trouve que c'est pas forcément plus simple. »

**P6 :** « L'âge des autres enfants bien sûr, parce que simplement s'il y a une surcharge cognitive, déjà le deuxième qui marche pas non plus, ça grouille de partout »

*Le suivi doit être plus particulier également dans les familles avec un enfant en situation de handicap, qui nécessite beaucoup plus d'attention de la part des parents.*

**P6** : « Facteurs de risque qui m'alertent moi éventuellement en post partum. Euh alors, d'avoir beaucoup d'enfants déjà et alors euh oui avoir un enfant en situation de handicap type euh trouble du spectre autistique, trouble de l'apprentissage ou du vrai hyperactif. »

d) Vécu de la patiente

*Le vécu de la patiente est un élément important à prendre en compte pour pouvoir adapter le suivi de sa grossesse et de son post partum.*

*Cette partie du repérage peut avoir lieu dès la préconception, avec la recherche des circonstances entourant le début de la grossesse. La grossesse était-elle désirée, les parents ont-ils du passer par des protocoles de PMA.*

**P6** : « Ou bien, ou bien simplement parce que cet enfant, c'est le père qui le voulait ou pour raison culturelle ou autre circonstance, qu'ils se sont fait violence pour le garder, et que en vérité, ils savaient déjà d'avance que ça va être celui de trop quoi. »

**P6** : « Ou après des PMA aussi, après des PMA hyper compliquées, finalement quand c'est vraiment là, elle est complètement dépassée par euh, par les événements. »

*En effet, les médecins vont prêter attention au vécu de la grossesse de la patiente, aux attentes qu'elle avait pour sa grossesse. Le post partum pouvant être moins bien vécu par la patiente si ses attentes ne sont pas réalisées comme elle l'aurait voulu.*

**P12** : « S'intéresser aussi à comment a été vécue la grossesse, c'est intéressant je trouve aussi. Si ça s'est mal passé ouai il peut y avoir des trucs qui resurgissent à la naissance... »

**P6** : « Alors le post partum, on peut pas l'aborder sans connaître la préconception et la grossesse, tout fait lien. Parfois, il y a les couples homoparentaux, connaître l'histoire de la grossesse, de l'enfant, c'est important parce que ça peut être source de conflits. »

**P5** : « Après, il y a toute l'attente autour de la maternité aussi de la patiente, savoir ce qu'elle voulait, ce qu'elle attendait, ce qu'elle avait visualisé et finalement ce qui se passe concrètement et qui est pas forcément en adéquation. »

*Ils vont également s'interroger sur le vécu de son accouchement et de son post partum immédiat.*

**P8** : « Des fois ils sont pas satisfaits non plus de ce qu'il s'est passé dans les jours suivants l'accouchement avec les équipes en gynécologie et tout ça. »

*Les médecins s'attachent également à prendre en compte les antécédents obstétricaux de la patiente, le déroulement des précédentes grossesses pouvant influencer le vécu de la grossesse en cours.*

**P6** : « Aussi après, est-ce qu'il n'y avait pas déjà une perte d'enfant, un enfant mort-né, tous les anciens traumatismes comme tu disais. »

e) Reprise du travail

*Enfin, la période de reprise du travail est une période charnière devant faire l'objet d'une plus grande surveillance selon les médecins interrogés. C'est une période de changement et d'adaptation qui peut déréguler le fonctionnement de la famille et voir apparaître ou intensifier des signes de DPP.*

**P10** : « En fait, il y a une consultation obligatoire à la reprise du travail, c'est la consultation de reprise après maternité. Et donc, à cette occasion-là, c'est que c'est un grand changement dans la vie d'une femme, parce qu'il y a la séparation avec bébé à la reprise du travail et il y a toute l'organisation que ça nécessite en termes de garde d'enfant, en termes d'organisation pour aller les chercher, à intégrer dans la vie perso et concilier une activité professionnelle. ... Donc souvent moi je l'interroge sur euh, sur la manière dont ils ont un peu anticipé toute cette organisation et on peut voir chez certains, ils sont déjà mal organisés au départ, au démarrage. Ça peut être un petit peu confus, c'est plein d'angoisses, on sent qu'ils savent pas comment ils vont concilier tout, ça peut être des signes d'alerte. »

*Cette période peut faire réagir les patientes et les amener à consulter pour elles car elles se sentent dépassées et plus vulnérables.*

**P9** : « Enfin elles arrivent à garder la tête hors de l'eau pendant le congés maternité mais à la reprise du travail elles sont débordées, et c'est là que c'est un peu le château de cartes qui s'écroule. ... Et donc parfois, c'est à ce moment-là qu'on met un peu plus le doigt sur la problématique. »

*La période de reprise du travail du père, est également une période de changement important, la maman se retrouvant seule avec son enfant, devant gérer les tâches seules, l'adaptation peut parfois être difficile.*

**P17** : « Et je trouve que le moment charnière aussi c'est quand le papa reprend le boulot, c'est important de bien revérifier ça parce que d'un coup, elle se retrouve toute seule avec son enfant, avec un changement important donc euh bah ça c'est aux alentours de un mois. »

4) Aide au repérage

a) Connaître sa patientèle

*Les médecins qui sont installés depuis un moment s'appuient sur la connaissance de leur patientèle. Le fait de suivre les patientes avant le début de leur grossesse leur a déjà permis de repérer d'éventuelles fragilités, auxquelles il faudra être vigilant pendant la grossesse et le post partum.*

**P6** : « Mais idéalement, idéalement on grandit avec notre patientèle, on les voit, euh on les suit déjà avant la grossesse et tout ça. »

**P16** : « ... C'est des patients qu'on commence à bien connaître donc euh en fonction aussi de tel terrain de fragilité parfois on va aller un peu plus creuser je pense, enfin voilà. »

**P17** : « Donc euh comme disait P16, on commence à connaître nos patients, donc on sait ceux chez qui il faut creuser un peu plus donc on sent qu'il y a quelque chose à creuser de ce côté-là quoi. »

*Effectivement, les médecins participants qui étaient encore remplaçants, notent une plus grande difficulté au repérage justement parce qu'ils n'ont pas le même recul, ne connaissent pas les patientes.*

**P1** « Et puis, toi tu disais en s'adressant à P4, quand on connaît la patiente et qu'on voit comment elle interagit avec son enfant, qu'on la connaît d'avant. On a peut être moins ce recul là mais j'avais quand même du coup noté une trace ... »

b) S'appuyer sur l'entourage de la patiente

*Il a également été proposé durant les focus group de s'aider de la famille ou de l'entourage de la patiente pour repérer les premiers signes de DPP. La patiente n'osant pas forcément en parler elle-même, il peut être intéressant d'avoir l'avis du papa.*

**P13** : « Parce que la maman si parfois elle fait une dépression, elle vient pas au cabinet, on peut essayer de dépister en passant par le papa, s'il vient au cabinet. »

**P12** : « Des fois c'est le papa aussi. Enfin quand ils sont à deux en consultation, c'est le papa qui parle, qui prend la parole et qui dit « Moi je sens que pour ma femme, c'est difficile. Est-ce que vous avez des conseils ? ». Et du coup, ça peut être la perche tendue pour aborder le sujet. »

*Le conjoint peut également aider pendant la consultation, en s'occupant de l'enfant pour laisser libre champs à la maman, qu'elle puisse centrer la consultation sur ses symptômes et en discuter plus librement avec le médecin.*

**P12** : « En général, j'essaie de demander à ce que papa soit là, ça fait un soutien en plus et puis c'est papa qui s'en occupe quand le bébé pleure pour que maman elle puisse parler pendant la consultation. »

*Il peut parfois être utile, comme rapporté par l'un des médecins durant le troisième focus group, de s'appuyer également sur les paramédicaux, qui peuvent participer au repérage avec le médecin généraliste.*

**P15** : « Ça m'est arrivé moi que la maman me soit renvoyée par euh la kiné ou la sage-femme qui faisait sa rééducation du périnée. Oh bah c'est tout, comme elles passent plus de temps avec, elles arrivent peut-être un peu mieux à leur faire dire que oui ça va pas et c'est peut-être pas normal d'en arriver là. Donc euh faut garder nos alliés précieux. »

5) Freins au repérage

a) Manque de formation

*Les médecins généralistes remarquent un manque de formation au sujet de la DPP au cours de leur cursus universitaire.*

**P16** : « On est pas très formé à la dépression du post partum d'une manière générale. »

b) Manque d'aide au repérage

*Seul un des médecins interrogés semblait connaître une échelle de repérage dédiée à la DPP.*

*Les autres n'en connaissaient aucune, ils n'utilisent aucun outils spécifique d'aide au repérage.*

**P21** : « Mais ouai je me base beaucoup sur le Hamilton pour euh évaluer une petit peu le niveau mais euh pas forcément fin pas que dans le post partum mais je connais pas d'outil spécifique dans cette indication là. »

**P18** : « Ça existe ? Il y a une grille spéciale pour la dépression du post partum ou pas ? Je sais pas si quelqu'un sait ? »

**P16** : « C'est vrai qu'on a Hamilton pour la dépression mais on a pas d'outils très précis pour justement cette situation là. »

c) Manque de temps

*Les médecins généralistes ont bien souvent une patientèle de plus en plus importante avec de ce fait un temps réduit de consultation. Hors pour eux, le repérage de la DPP induit un temps de consultation qui doit être dédié et plus long. Ils se reprochent souvent de ne pas avoir suffisamment de temps à pouvoir consacrer au repérage de ces patientes.*

**P5** : « Bah après ça reste le problème de la médecine, c'est le temps passé avec euh la patiente et à pouvoir discuter avec qui est toujours un peu limité, qui est un facteur limitant. »

**P15** : « Grosse difficulté de notre quotidien, c'est d'avoir le temps pour bien faire et puis qu'on puisse les écouter et les prendre en charge comme il faut. »

**P21** : « Donc c'est vrai que avoir des temps comme ça de consultation ça peut aider au repérage. »

d) Absence de consultation dédiée

*Dans les suites de leur accouchement, les patientes viennent en consultation principalement pour le suivi de leur nouveau-né. Elles ne prennent jamais de rendez-vous pour elles, leur motif principal d'inquiétude restant l'enfant.*

**P4** : « Ça n'arrive pas souvent qu'elle prenne rendez-vous pour elle, surtout dans ce moment où l'enfant vient d'arriver, c'est hyper chronophage et toute son énergie va pour l'enfant. »

**P9** : « ... parce que souvent, elles osent pas en parler ou elles prennent pas le temps. »

**P15** : « Alors souvent c'est pas les mamans qu'on reçoit en consultation, c'est surtout les nouveau-nés. »

**P5** : « Mais globalement, quand je leur dit de prendre rendez-vous pour elles, elles viennent jamais. »

*Elles ont souvent tendance à détourner la conversation vers le bébé afin d'éviter le sujet de leur éventuelle DPP. La consultation est de fait recentrée sur le nouveau-né.*

**P12** : « ... mais en pratique, elles viennent pas ou elles viennent avec le bébé et il y a toujours des choses avec le bébé donc elles en profitent pour faire la consultation bébé donc on a plus de temps pour maman. Donc euh les voir toutes seules, c'est je trouve impossible. »

*Les jeunes mères n'ont pas tendance à prendre de temps pour elles. Ce qui pourrait majorer les risques de DPP.*

**P1** : « Moi ma patiente, celle dont je parlais tout à l'heure, elle refusait de prendre du temps pour elle aussi. Pour dire euh toute mon énergie elle est pour mon enfant et euh pour mon aîné. »

**P20** : « ... c'est compliqué enfin avec un nouveau-né de le laisser à la maison et de venir juste consulter pour elle. Je suis pas sûre si elle prendrait forcément le temps pour ça. »

e) Sujet tabou

*Même si le sujet de la DPP est de plus en plus abordé, il reste un sujet sensible et tabou dans la société, que les femmes n'osent pas évoquer en consultation.*

**P2** : « Et à côté de ça, t'as aussi tout un tabou culturel. T'as des femmes qui vont pas bien et qui vont pas le dire spontanément parce que bah justement elles ont eu pleins de représentations de la grossesse, pleins de représentations d'un bébé et finalement, c'est pas ce qu'elles attendaient et elles te disent rien. Et puis, t'as l'impression que tout va bien et elles te montrent le beau côté du truc et puis derrière en fait tu te rends compte au fil des mois que bah il y a pleins de trucs qui vont pas. »

*Les jeunes mères ont souvent le sentiment d'être observées et jugées par leur entourage ou par la société sur leurs capacités de mères.*

**P6** : « En plus avec le post partum, comme souvent avec toutes les maladies, mais là particulièrement dans le post partum quand même, tout le monde a son mot à dire, de la grand-mère au voisin, la crèche. »

**P8** : « Parfois il y a la pression des proches aussi. Il y a certaines patientes en consultation, elles vont dire « Ah bah on me dit que c'est ci, on me dit que c'est ça, je sais plus sur quel pied danser. » Finalement il y a ça aussi. »

*Le développement d'internet et des réseaux sociaux ajoute une pression supplémentaire pour les jeunes mères.*

**P11** : « Moi je trouve qu'il y a beaucoup de pression sur la maternité maintenant avec les réseaux sociaux et tout ça. Les mamans elles veulent toutes bien faire et ça met trop de pression en un sens. »

*Elles ont le sentiment que la maternité est supposée être un moment de bonheur, et n'osent donc pas évoquer le sujet quand ce n'est pas le cas, à cause de la pression sociale qui reste importante autour de la maternité.*

**P17** : « C'est juste que, et c'est probablement sous diagnostiqué parce qu'il y a le côté euh enfin elles ont un peu honte de le dire parce que ça devrait être un moment heureux et pour autant « J'ai du mal à me plaindre de mon moral alors que je viens d'avoir un enfant. »

### C) Prendre en charge une dépression du post partum

#### 1) Identifier les facteurs de gravité

*L'identification des facteurs de gravité fait partie intégrante de la prise en charge pour les médecins généralistes, elle conditionne le suivi de ces patientes.*

*Pour les médecins interrogés, le principal facteur de risque à rechercher est le risque suicidaire chez la mère, qui va être majoré lors des atteintes sévères.*

**P16** : « Bah l'évaluation de la gravité, moi je dirais, c'est avant tout voir s'il y a un risque effectivement fin un pronostic vital engagé hein ? Une maman qui est en détresse, ça peut aller loin, ça peut aller jusqu'au risque suicidaire. »

**P6** : « En fait c'est l'équivalence avec la phrase « Est-ce que t'as des idées suicidaires ? », je dis ça et « Pourquoi ? », il faut quand même que je sache si le bébé est en danger. »

*Ils évaluent également le risque pour l'enfant afin de pouvoir le protéger si besoin.*

**P6** : « ... vraiment rapidement revoir avant que l'enfant éventuellement soit même en danger parce que ça peut aller très loin je veux dire. J'ai pas encore vu mais ça peut aller jusqu'au suicide élargi quoi, si vraiment les gens n'en peuvent plus, s'il y a personne qui s'en occupe quoi. »

*Cette évaluation du risque permet aux médecins de savoir s'ils peuvent reconvoquer la maman en consultation à distance ou s'il y a un risque de danger imminent à gérer rapidement.*

**P16 :** « Evaluer la gravité et le risque pour la maman et le bébé à court terme, voir si on peut se permettre de la revoir un peu plus tard fin voilà. C'est juste cette évaluation du risque, de ce risque là. »

## 2) Protéger l'enfant et sa mère

*Dans les cas sévères, les médecins mettent en avant le besoin de protéger la mère et son enfant.*

*Dans ce cas, ils se tournent vers l'hospitalisation dans des unités spécialisées qui permettent de prendre en charge la mère sans pour autant la séparer de son enfant grâce aux unités mère-enfant.*

**P14 :** « Et puis après ça dépend de la sévérité forcément, si on trouve que c'est très sévère, moi j'hésite pas à appeler les psychiatres des unités mère-enfant, parce que même s'ils les voient pas, ils donnent des conseils assez intéressants. »

**P6 :** « Si les mamans, elles ont des expressions nous alertant et qui peuvent aller dans le spectre de ne plus vouloir de l'enfant physiquement auprès d'elles, bah là qu'est-ce que je propose, je propose qu'on sécurise l'enfant, que quelqu'un vienne le chercher... »

**P13 :** « ... mais sur par exemple les hospitalisations mère-enfant, il y a des unités dans certains hôpitaux... »

**P16 :** « Euh alors j'ai pas eu le tour mais euh effectivement je pense bah en fonction du tableau clinique, je pense qu'il faut quand même rechercher s'il y a pas une velléité, une intentionnalité suicidaire envers la maman ou le bébé hein, s'il y a pas eu quand même des ... Voilà mais ça c'est dans les cas un peu plus, je dirais euh les tableaux un peu plus parlants et gravissimes mais dans ce cas-là proposer une hospitalisation à mon avis, en unité mère-enfant. »

## 3) Proposer une prise en charge pluri-professionnelle

*Tous les médecins interrogés sont d'accord pour demander de l'aide auprès de leurs confrères médicaux et paramédicaux lors de la prise en charge des patientes qui présentent une DPP.*

*L'important restant de nouer une relation de confiance avec la mère afin qu'elle puisse facilement se confier sur ses symptômes, que ce soit avec son médecin ou avec un autre professionnel de santé.*

**P1 :** « Oui je pense qu'il vaut mieux qu'elle soit avec quelqu'un en confiance... Je préfère qu'elle ait un double suivi et que elle puisse multiplier un peu les rendez-vous, moi je lui dis pas « Allez voir untel, c'est pas moi qui gère » Non au contraire,

moi je propose, mais bien proposer plusieurs personnes, pour que la personne soit en confiance là où elle est en fait. »

a) Les psychologues

*La majorité des participants déclare adresser leurs patientes vers un psychologue pour les aider dans la prise en charge, soit en ville soit au sein des maternités.*

**P13** : « Un psychologue, clairement je pense que ce serait une solution importante, parce que ça permet d'avoir des rendez-vous plus longs pour pouvoir discuter beaucoup plus longtemps que 15 ou 30 minutes avec nous. »

**P9** : « En maternité il y a des psychologues souvent, donc on peut à la limite espérer avoir des psychologues à la maternité. »

*C'est l'occasion pour eux d'avoir un suivi multi professionnel, et de permettre à la patiente d'avoir des consultations rapprochées avec différents professionnels, et aux soignants d'avoir un suivi combiné et répété.*

**P5** : « C'est vrai que quand t'as un double suivi, l'avantage c'est que effectivement, il y a un double suivi. Si on oublie des choses, des informations ou ne serait-ce que ce que la patiente va retenir de l'information, si ça peut être dit deux fois c'est pas mal. »

*Malgré tout, les médecins sont d'accord pour dire que les délais de consultation sont parfois plus longs avec les psychologues, augmentant la difficulté pour la patiente d'obtenir un rendez-vous. Ils remarquent également des difficultés liées au manque de temps ou au coût de la consultation, ce qui constitue un frein à la consultation chez le psychologue pour les patientes.*

**P12** : « Ouai après le psychologue, il faut trouver quelqu'un de disponible, c'est payant, il faut y aller sans bébé et on a pas le temps parce qu'on est débordée. »

*Même si tous sont d'accord pour adresser la patiente vers un psychologue pour majorer le soutien et optimiser la prise en charge, ils poursuivent le suivi avec leur patiente en alternance avec le psychologue, les patientes étant quand même selon eux attachées au suivi avec leur médecin traitant.*

**P2** : « Moi, je propose toujours quand même une consultation avec un psychologue, mais bon les délais sont toujours à rallonge donc euh, je fais beaucoup de suivi au cabinet finalement, mais je propose toujours en parallèle un suivi avec un psychologue. »

**P14** : « Mais souvent, elles sont assez attachées au médecin traitant et du coup je pense que les revoir ça peut les aider aussi. »

b) La Protection Maternelle et Infantile

*La PMI est une structure vers laquelle les médecins se tournent également pour les aider à la prise en charge de ces patientes, soit pour demander des conseils par téléphone, soit pour adresser les patientes en consultation.*

*C'est pour eux une structure intéressante puisqu'elle permet aux patientes de pouvoir être suivies par différents professionnels de santé, dont des psychologues, sage-femmes ou assistantes sociales.*

**P17** : « ... mais après il y a la PMI aussi là dont on a pas parlé qui est une structure en plus avec qui on peut parler facilement. »

**P1** : « Moi je parle aussi régulièrement de la PMI, même si j'avoue que j'ai pas le recul pour savoir si les délais ou comment, comment ça se passe en réalité. Mais j'essaie de donner au moins les coordonnées parce qu'ils sont forcément formés en périnatalité et tout ça, et je me dis que comme ça, ils peuvent faire des doubles suivis, multiplier les rendez-vous et cetera.... »

*La PMI reste un interlocuteur fiable, facile d'accès, qui est une aide à la prise en charge des patientes suivie pour DPP en ville, en l'absence de signe de gravité.*

**P14** : « Si c'est pour moi moins grave et si ça peut se résoudre en ville, la PMI c'est pour moi un des interlocuteurs assez disponibles quand il y a des soucis, que ce soit dépression du post partum, troubles de l'attachement ou allaitement, j'ai recours aux auxiliaires enfin puéricultrices ou psychologues et assistantes sociales. »

#### c) Les sage-femmes

*La sage-femme a également été citée par certains médecins pour l'aide au suivi des patientes notamment en post partum immédiat, lorsqu'elle est amenée à réaliser la visite du 8<sup>ème</sup> jour pour le nourrisson, à domicile.*

**P4** : « Ça peut être aussi, en post partum immédiat, la sage-femme qui passe à domicile. Comme sentinelle on va dire, sur place. »

*Mais il est reproché au cours des entretiens un manque de lien et de communication avec la sage-femme pendant la période du post partum et parfois une difficulté pour les patientes à pouvoir revoir la sage-femme en dehors des séances de rééducation périnéale.*

**P9** : « Mais dans ce cadre là, moi je trouve qu'il y a pas trop de relais. Je trouve que c'est un moment où la sage-femme est un peu en retrait. »

**P12** : « Et en fait, la majorité des parents me répondent que la sage-femme, ils l'ont vu à J7 et c'est tout, c'est fini et il n'y a pas de suivi derrière. »

#### d) Les médecines parallèles

*L'un des médecins interrogés reconnaît l'aide que peuvent apporter certains autres professionnels comme les ostéopathes.*

**P11** : « Après sinon au lieu du psychologue, j'ai une patiente qui avait été voir un ostéopathe qui lui a fait beaucoup de bien, pourquoi pas toutes les médecines alternatives. »

#### 4) Mettre en place un traitement

*Pour tous, à l'unanimité, le premier traitement consiste en un suivi rapproché et une psychothérapie, chacun des médecins présents affirme vouloir revoir la patiente à plusieurs reprises afin d'évaluer la nécessité de la mise en place d'un traitement médicamenteux par antidépresseur.*

*Le traitement médicamenteux étant pour eux une seconde intention et toujours à accompagner par un suivi psychologique.*

**P12** : « Moi j'ai déjà été confrontée à la question du traitement, normalement les recommandations c'est psychothérapie et traitement, enfin les deux quoi, jamais le traitement seul. »

**P15** : « Voir s'il faut aller jusqu'à proposer des antidépresseurs. Ça m'est pas arrivé souvent d'en prescrire dans cette indication là mais euh mais jamais la première fois en tout cas, c'est le fait de les voir et de les revoir qui fait qu'on voit l'évolution. »

*La question de l'allaitement reste un point essentiel à prendre en compte avant la mise en place d'un traitement antidépresseur, afin de pouvoir adapter le traitement en conséquence. Raison pour laquelle certains des participants ont préféré demander l'avis d'un spécialiste, avant la mise en place d'une thérapeutique lorsque celle-ci a été nécessaire.*

**P3** : « Après pareil, mettre un traitement, sans avis, je l'aurais pas fait non plus. Allaitement ou pas, je pense qu'il faut d'abord la voir plusieurs fois avant d'instaurer quoi que ce soit. »

**P9** : « On a le CRAT, on connaît un peu les données mais des fois on a vraiment pas envie de mettre un traitement si en plus on doute un petit peu de l'utilité. Je pense que je demanderais facilement un avis complémentaire pour dire que les choses soient bien claires. »

**P18** : « ... une fois j'ai dû mettre des antidépresseurs mais du coup il y avait la notion d'allaitement en plus et euh du coup, vraiment j'ai orienté assez rapidement vers le psychiatre. »

*Même si l'accès au spécialiste reste parfois difficile pour les patientes, certains n'hésitent pas à mettre en place eux-mêmes le traitement, en accord avec la patiente.*

**P15** : « Il y a vraiment une fois où j'ai dû mettre des antidépresseurs euh. Bon j'avoue que moi j'ai fait un peu toute seule dans mon coin, c'est pas toujours évident d'avoir un correspondant. »

5) Proposer un accompagnement suivi et régulier

*L'idée d'un suivi régulier et de reconvoquer la patiente revient dans chaque entretien quand la question du suivi est posée.*

*Dans l'idéal, les praticiens préféreraient revoir la patiente seule, lors d'une consultation dédiée pour pouvoir aborder sereinement la question de la DPP avec la mère, sans avoir à s'occuper de l'enfant en même temps.*

**P8** : « Après les revoir assez régulièrement, programmer une consultation à quinze jours, une semaine peut être pour voir un peu comment les choses évoluent. »

**P18** : « Déjà essayer de la faire revenir seule, enfin en tout cas pour ma part. Après si elle revient pas seule, bon bah on fait avec, je lui impose pas de revenir seule. Mais si c'est seule c'est mieux. »

**P21** « Après même si c'est pas seule, déjà une consultation dédiée où on s'occupe pas tellement du bébé, peut être qu'il dort dans un coin et c'est plus facile. »

*Mais il est constaté qu'il est difficile de réussir à faire revenir les patientes seules en consultation, sans leur enfant. L'idée est alors proposée de majorer le temps de consultation pour pouvoir s'occuper à la fois de la maman et de son enfant quand cela est possible.*

**P18** : « Je pense encore une fois le plus dur dans l'accompagnement, c'est de pouvoir suivre à la fois la maman pour sa dépression quand on a repéré une dépression et pouvoir suivre le bébé, encore une fois, souvent ça va de paire donc euh c'est essayer de dédier des temps pour les deux, éventuellement doubler la consult et euh et en faire une d'abord pour le bébé ou la maman et ainsi de suite. »

*Ou de prévoir une consultation pour le bébé suivie d'une autre pour la maman. L'un des médecins évoque le fait de faire revenir la maman pour une consultation pour son nouveau-né et finalement utiliser ce temps de consultation pour se centrer sur l'humeur de la maman.*

**P12** : « Donc souvent moi je reprogramme un rendez-vous, alors soit j'utilise l'excuse du bébé en disant « Voilà, j'aimerais bien le revoir. » et puis j'en profite pour orienter la consultation maman, soit lors de la prochaine consultation, je mets une consultation plus longue pour aborder les choses. »

**P2** : « Faire un suivi pour la maman d'un côté et un suivi pour le bébé de l'autre. »

6) Demander l'aide de l'entourage de la patiente

*Il semble intéressant pour certains médecins de demander soit au père soit à un membre de l'entourage de la patiente de pouvoir assister aux consultations pour soutenir la jeune mère.*

**P6** : « Alors pour ceux qui viennent seuls justement, je demande « Est-ce que la prochaine fois, est-ce que vous seriez d'accord que le papa il vienne aussi si possible ou une sœur ou la mère euh une tierce personne pour soutenir. »

*Il est également évoqué le fait de demander l'aide de la famille ou de l'entourage de la patiente pour s'occuper du nouveau-né, afin de soutenir la patiente, qu'elle puisse souffler et s'accorder du temps pour elle.*

**P6** : « Proposer surtout aussi de décharger le fardeau, décharger la charge mentale et réelle sur le reste de la famille parce que ça été prouvé pour beaucoup de maladies chroniques. »

*L'un des médecins propose par exemple l'alternance des soins procurés au nouveau-né pendant la nuit pour se permettre un peu de repos.*

**P4** : « Il y a un parent qui s'occupe du bébé pendant une nuit, pendant ce temps là l'autre se repose vraiment complètement, et ainsi de suite. Et en fait, bah une fois qu'on retrouve un peu d'énergie, on retrouve un peu de recul et une meilleure humeur je pense. »

## 7) Déculpabiliser

*Il semble bénéfique de dédramatiser la situation, d'expliquer à la patiente qu'elle n'est pas seule, qu'on peut la soutenir et l'aider.*

**P17** : « Moi j'en ai vu une cette année, que j'ai dû suivre, et je lui ai bien dit c'est entre 15 et 20%, je lui ai dit, « C'est une femme sur cinq vous savez, fin c'est pas si rare en fait. »

**P6** : « Pour déstigmatiser, déculpabiliser et voilà ça peut arriver, mais je le dis toujours avec humour, je reste toujours dans l'humour même dans les situations comme ça parfois dramatiques, pour en fait estimer le degré de souffrance de la mère. »

*Leur faire comprendre que même avec un nouveau-né à la maison, elles ont le droit de s'accorder du temps pour elles, d'avoir des activités sans leur bébé.*

**P11** : « Je leur dis aussi de prendre du temps pour elles, essayer de se laver, manger, sortir sans bébé quoi. »

**P13** : « Lui proposer une activité, que ce soit physique ou loisir. »

## 8) Renouveler le suivi

*Faire attention à bien renouveler le repérage et le suivi pour chaque nouvelle grossesse même en l'absence d'une DPP lors des post partum précédents.*

**P13** : « Et si c'est pas le premier et que par exemple il y a pas eu de dépression après le premier bébé et qu'il y en a une pour le suivant. Peut être qu'on va souvent se dire « Bah le premier ça s'est bien passé, il y a pas de raison que ça se passe mal. » Et du coup, on va moins dépister peut être pour les nourrissons suivants. »

## **V. Discussion**

### **A) Forces et limites de l'étude**

#### **1) Forces de l'étude**

##### **a) Choix de la méthode**

La méthode qualitative est la plus adaptée à notre travail. Elle permet d'analyser les pratiques et les ressentis des médecins généralistes et leur expérience du sujet sans chercher à comparer ou influencer leurs réponses.

L'observateur étant resté neutre tout au long des entretiens, les médecins étaient libres de leurs réponses.

##### **b) Choix du modérateur**

Le modérateur des entretiens est un médecin généraliste ayant déjà participé à plusieurs travaux de thèse et donc habitué à mener des focus group, ceci ayant permis de bien restructurer et relancer les discussions lors des entretiens.

#### **2) Limites de l'étude**

##### **a) Biais de sélection**

Sur les 21 médecins interrogés, le chercheur en connaît 4, ce qui a pu influencer sur leurs réponses.

##### **b) Biais de recrutement**

Nous n'avons pas réussi à atteindre la parité, seuls 5 participants étaient des hommes.

Comme la plupart des participants étaient des femmes, elles sont peut-être plus attentives ou sensibilisées à la dépression post-partum.

Il est possible que l'âge relativement jeune des participants ait influencé leur niveau d'expérience dans la reconnaissance et la prise en charge de la dépression post-partum.

### B) Repérer les patientes fragiles

Notre étude suggère que les médecins s'attachent à repérer précocement les signes de DPP chez les femmes qu'ils rencontrent en consultation en se basant principalement sur le repérage des signes de dépression mais aussi en recherchant les patientes qui présentent un terrain de fragilité, sur le plan psychologique ou sur le plan social avec un isolement social plus important.

Ils tendent à surveiller également la formation du lien mère-enfant et les interactions de la mère avec son nouveau-né dès les premiers jours de vie.

Les médecins généralistes ayant participé aux focus group ont tous appris à intégrer dans leur pratique la recherche des signes de DPP chez les jeunes mères mais ils se sentent obligés de réaliser ce repérage au cours des consultations normalement dédiées aux nouveau-nés, devant un manque de temps ou un manque de consultation de la part des mères.

Il serait intéressant de proposer une consultation dédiée rien qu'au repérage de la DPP pour les jeunes mamans.

Utiliser ce temps pour repérer voire prendre en charge des signes déjà présents ou au moins discuter avec la maman des signes d'alerte auxquels elle doit faire attention, et qui doivent l'amener à consulter rapidement un professionnel de santé.

A ce sujet, à la suite du rapport des 1000 premiers jours établi en 2022, la sécurité sociale recommande la mise en place d'un Entretien Post Natal Précoce à proposer systématiquement à toutes les jeunes mères, entre la 4<sup>ème</sup> et la 8<sup>ème</sup> semaine suivant leur accouchement.

L'objectif de cet entretien étant de repérer les premiers signes de DPP, d'identifier d'éventuels facteurs de risque, et d'évaluer les besoins de la mère voire du couple en termes d'accompagnement et de suivi dans le post partum. [16]

Cet entretien ne doit pas se substituer à la visite de la sage-femme après la sortie de la maternité, aux consultations de suivi du nourrisson ou à la consultation post natale de la mère.

### C) Prévenir avant de guérir

Notre étude montre également que les médecins trouvent important de surveiller les patientes au long cours et de les informer des facteurs de risque et des premiers signes pouvant faire évoquer une DPP, afin que les patientes puissent venir consulter d'elles-mêmes lorsqu'elles reconnaissent les premiers symptômes.

Il semble important de pouvoir présenter les facteurs de risque et les premiers signes d'alerte aux patientes de la région. Il peut être dans ce cas intéressant de leur présenter les réseaux de périnatalité comme le réseau OREHANE dans les Hauts de France, qui a pour but d'informer et soutenir les femmes pendant leur grossesse et leur post partum et les orienter vers les professionnels de santé en cas de nécessité. [17]

#### D) Savoir s'appuyer sur l'entourage de la patiente

Les médecins interrogés pendant l'étude remarquent que les patientes ne consultent pas pour elles-mêmes mais plutôt pour leur nouveau-né, elles ont tendance à moins faire attention à leur propre santé pendant la période du post partum et à faire passer le bien-être de l'enfant avant le leur.

La DPP reste un élément tabou dans notre société actuelle, que les jeunes mères ont peur d'évoquer avec leur médecin du fait d'une certaine culpabilité et d'une peur du jugement d'autrui sur leur état de santé psychologique pendant une période qui est sensée être une période de bonheur.

Aussi les médecins s'accordent à penser qu'il est important d'évaluer l'environnement social de la patiente et de s'appuyer sur son conjoint ou sur les membres de sa famille, pour les aider à repérer des signes de fragilité mais aussi pour soutenir la patiente en cas de DPP, l'aider à prendre en charge sa propre santé en même temps que celle de son enfant.

Outre les réseaux de péri natalité, il peut être intéressant d'orienter les jeunes parents vers des associations comme Maman Blues [18] ou des sites internet tel Allo Parents Bébé [19] pour les aider au quotidien.

En effet ces associations permettent aux patientes et à leurs conjoints de prendre conscience de leur situation et de trouver du soutien voire des conseils auprès d'autre femmes ayant ressenti elles aussi ces symptômes pendant leur grossesse ou pendant leur post partum. Elles vont avoir pour but de déculpabiliser les patientes et leurs conjoints.

#### E) Multiplier les acteurs intervenant dans le suivi

Notre étude suggère que les médecins sont en faveur d'un suivi pluri professionnel pour les patientes souffrant de DPP, avec notamment la possibilité de pouvoir consulter un psychologue, qui pourra parfois proposer un temps de consultation et d'écoute plus long.

Mais ils constatent qu'il devient difficile dans la région de pouvoir obtenir cette consultation dans un délai raisonnable. Il pourrait être intéressant d'améliorer les communications et d'établir un réseau de suivi pour ces patientes avec des psychologues formés au repérage de la DPP.

Ils s'appuient également sur le soutien des centres de PMI qui permettent à la patiente de rencontrer plusieurs professionnels de santé comme des sage-femmes, des puéricultrices ou des assistantes sociales, qui vont pouvoir favoriser un suivi du nouveau-né en association avec le suivi de la mère.

L'Assurance maladie propose également aux patientes, lors d'une sortie précoce de la maternité, un suivi à domicile par une sage-femme via le dispositif PRADO, pour permettre une consultation pour le nouveau-né ainsi que pour la mère. Le repérage des signes précoces de DPP pouvant faire partie de ce suivi par la sage-femme.

Malgré tout, les médecins remarquent un manque de communication entre les professionnels de santé pendant la période du post partum, notamment avec les sage-femmes. Mais aussi un manque de transmission des informations entre les différents intervenants durant toute la durée de la grossesse.

Cette communication entre sage-femmes et médecins a déjà été étudiée dans plusieurs thèses, il a été établi que la communication se faisait essentiellement par le lien de la patiente. Le manque de temps et la méconnaissance des compétences de l'autre étant les principaux freins à la communication entre les deux parties. [20]

Le renforcement de cette communication inter professionnelle pourrait être bénéfique pour le suivi des patientes et le repérage plus précoce des signes de DPP. De même, il serait judicieux d'attirer l'attention des intervenants du post partum dans la lettre de sortie d'hospitalisation sur le risque de DPP de la patiente.

## **VI. Conclusion**

Cette étude met en évidence la complexité du repérage de la DPP.

Les médecins s'attachent à repérer les symptômes de dépression chez leurs patientes comme une asthénie physique ou psychique, des troubles du sommeil ou de l'appétit et une culpabilité ou une dévalorisation.

Ils vont également chercher des facteurs de risque et répéter le repérage notamment chez les patientes fragiles, sur le plan psychique ou social.

Tout ceci leur permettant de mettre en place un parcours de soins adapté en s'entourant d'une équipe pluri-professionnelle.

Une meilleure communication entre les intervenants du post partum permettrait d'optimiser le suivi des patientes.

La dépression du post partum reste encore aujourd'hui un sujet tabou, que les femmes ont du mal à évoquer même avec leur médecin traitant, de peur du jugement d'autrui dans une période considérée comme heureuse dans nos sociétés actuelles.

Elles ont en effet tendance à focaliser leur énergie sur le bien-être de leur enfant en relayant au second plan leur propre santé et en négligeant ou sous estimant les symptômes qu'elles présentent, ce qui rend le repérage difficile pour le médecin.

Il semble important de pouvoir consacrer du temps au repérage des premiers symptômes et à l'information des patientes sur les risques de développer une dépression du post partum.

Il peut être intéressant aujourd'hui de faire connaître aux patientes les réseaux de soutien auxquels elles peuvent faire appel.

La participation de l'entourage pourrait être encouragée pour renforcer le soutien émotionnel.

## VII. Bibliographie

- [1] Garrabé J, Kammerer F. Classification française des troubles mentaux R-2015 : correspondance et transcodage CIM 10. Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique ; 2015
- [2] American Psychiatric Association ; DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ; 5th ed Masson 2013
- [3] Tebeka.S, Le Strat.Y, De Premorel.A, Higgons.A, Benachi.A, Dommergues.M, Kayem.G, Lepercq.J, Luton.D, Mandelrot.L, Ville.Y, Ramoz.N, Tezenas.S ; Prevalence and incidence of postpartum depression and environmental factors : The IGEDEPP cohort ; Journal of Psychiatric Research ; June 2021 ; Vol 138 ; p 366-374
- [4] Doncarli.A, Tebeka.S, Demiguel.V, Lebreton.E, Deneux-Tharaux.C, Boudet-Berquier.J, Apter.G, Crenn-Hebert.C, Vacheron.M, Le Ray.C, Regnault.N, ENP2021 Study Group ; Prévalence de la dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires à 2 mois post-partum : Données de l'enquête nationale périnatale 2021 en France hexagonale ; 2023
- [5] Moslemi.L, Gholamitabar Tabari. M, Montazeri.S, Tadayon.M ; The Frequency et several effective factors on baby blues ; HealthMed ; Vol 6 Chapter 12 ; 2012
- [6] Stewart DE, Vigod SN. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. Annu Rev Med. 27 janv 2019; pages183-96.
- [7] Tebeka.S, Pignon.B, Le Strat.Y, De Pradier.M, Dubertret.C ; Dépression du post partum ; La Lettre du gynécologue ; Janvier 2013 ; N° 378 ; p 30-33
- [8] Saharoy R, Potdukhe A, Wanjari M, Taksande AB. Postpartum Depression and Maternal Care: Exploring the Complex Effects on Mothers and Infants. Cureus [Internet]. 4 juill 2023 [cité 8 août 2025]; Disponible sur: <https://www.cureus.com/articles/165878-postpartum-depression-and-maternal-care-exploring-the-complex-effects-on-mothers-and-infants>
- [9] Epperson.N ; Post Partum major depression : Detection and treatment ; American Family Physician ; Avril 1999 ; Vol 8 ; p 2247-2254
- [10] Bales.M, Pambrun.E, Melchior.M, Glangeaud-Freudenthal.N, Charles.A, Verdoux.H, Sutter-Dallay.A ; Prenatal psychological distress and access to mental healthcare in the ELFE cohort ; European Psychiatry ; February 2015 ; Vol30, Issue 2, Pages 322-328
- [11] Cyrulnik.B, Benachi.A, Filliozat.I, Dugravier.R, Ansermet.F, Casso-Vicarini.N, Dehaene-Lambertz.,G Lazimi.G, Gratier.M, Lemieux.J, Marinopoulos.S, Mutel-Laporte.N, Shankland.R, Wendland.J, Delorme.R, Storme.L, Mogstad-Slinde.T, Guedeney.A ; Les 1000 premiers jours, là où tout commence, Ministère des Solidarités et de la Santé ; Septembre 2020
- [12] Amaral Oliveira.T,Guarany Cardoso Magalhães Luzetti.G ; Auxiliadora Rosalém.M , Mariani Neto.C ; Screening of perinatal depression using the Edimburg

postpartum depression sclae ; Brazilian Journal of Gynecology and Obstetrics ; 2022; Vol 44 ; p.452–457.

[13] ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for Perinatal Depression. Obstet Gynecol. 2018 Nov;132(5): e208-e212.

[14] Earls.M, Yogman.M, Mattson.G, Rafferty.J, Baum.R, Gambon.T, Lavin.A, Wissox.L ; Incorporation recognition and management of perinatal depression into pediatric practice ; Pediatrics, Official journal of the American Academy of Pediatrics ; Janvier 2019 ; Vol143, Issue 1

[15] Haute Autorité de Santé ; Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en post natal ; Recommander les bonnes pratiques ; Janvier 2024

[16] Ameli ; Après l'accouchement : le retour à la maison [en ligne] ; 26 février 2025 ; Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/sante/devenir-parent/accouchement-et-nouveau-ne/suivi-domicile>

[17] Accueil | Orehane [Internet]. [cité 8 septembre 2025]. Disponible : <https://orehane.fr/>

[18] Association Maman Blues [Internet]. [cité 8 septembre 2025]. Association Maman Blues. Disponible sur: <https://www.maman-blues.fr/>

[19] Allo Parents Bébé | Enfance et Partage [Internet]. [cité 8 ptembre 2025]. Allo Parents Bébé | Enfance et Partage. Disponible sur: <https://enfance-et-partage.org/la-prevention/allo-parents-bebe/>

[20] Digard L. Quelle collaboration établir entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes pour le suivi des patientes ? Étude qualitative par focus groups auprès de sages femmes et médecins généralistes exerçant en Normandie. 23 oct 2018

## VIII. Annexes

### Annexe 1

#### AIDE AU DEPISTAGE DE LA DEPRESSION DU POST PARTUM DES JEUNES PARENTS

#### L'EPDS (Edinburg Postnatal Depression Scale)\*

|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.</i><br>0- Aussi souvent que d'habitude<br>1- Pas tout à fait autant<br>2- Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci<br>3- Absolument pas | <i>J'ai eu tendance à me sentir dépassé(e) par les événements.</i><br>0- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude<br>1- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations<br>2- Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude.<br>3- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations. | <p><b>Chaque question est cotée de 0 à 3, le total est obtenu en additionnant le résultat des dix items.</b></p> <p><b>Si vous retrouvez un score supérieur à 10, il est important pour vous d'adresser à un professionnel de santé. Vous pouvez parler de vos difficultés et être accompagné(e).</b></p> <p><b>Après l'accouchement 20% des femmes et 10% des hommes sont concernés par un syndrome dépressif. Il est important d'en parler et de ne pas rester seul(e) avec cette détresse.</b></p> <p><b>Vous pouvez vous adresser à votre médecin traitant, sage-femme, votre gynécologue ou un(e) psychologue directement si vous en connaissez.</b></p> <p><b>Association et lieux d'aide et d'écoute :</b><br/>           Maman Blues : <a href="http://www.maman-blues.fr">www.maman-blues.fr</a><br/>           Mamanblues31@gmail.com<br/>           Allo parents bébé : 0 800 00 3456</p> <p>Lieux d'Accueil Enfants Parents : 9 LAEP en Ariège et 10 locaux de la Protection Maternelle Infantile<br/>           Coordonnées auprès de votre Mairie</p> <p><b>Pour plus d'informations :</b><br/>           CAF.FR , 1000-premiers-jours.fr</p> |
| <i>Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir.</i><br>0- Autant que d'habitude<br>1- Plutôt moins que d'habitude<br>2- Vraiment moins que d'habitude<br>3- Pratiquement pas  | <i>Je me suis sentie si malheureux(se) que j'ai eu des problèmes de sommeil.</i><br>0- Non, pas du tout<br>1- Presque jamais<br>2- Oui, parfois<br>3- Oui, très souvent                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <i>Je me suis reproché(e), sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal.</i><br>0- Non, pas du tout<br>1- Presque jamais<br>2- Oui, parfois<br>3- Oui, très souvent           | <i>Je me suis sentie triste ou peu heureux(se).</i><br>0- Non, pas du tout<br>1- Pas très souvent<br>2- Oui, très souvent<br>3- Oui, la plupart du temps                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <i>Je me suis sentie inquiet(ète) ou soucieux(se) sans motifs.</i><br>0- Non, pas du tout<br>1- Presque jamais<br>2- Oui, parfois<br>3- Oui, très souvent                                      | <i>Je me suis sentie si malheureux(se) que j'en ai pleuré</i><br>0- Non, jamais<br>1- Pas très souvent<br>2- Oui, très souvent<br>3- Oui, la plus part du temps                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <i>Je me suis sentie effrayé(e) ou paniquée sans vraiment de raison.</i><br>0- Non, pas du tout<br>1- Presque jamais<br>2- Oui, parfois<br>3- Oui, très souvent                                | <i>Il m'est arrivé de penser à me faire du mal</i><br>0- Jamais<br>1- Presque jamais<br>2- Parfois<br>3- Oui, très souvent<br>,                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

## **Annexe 2**

### **GUIDE D'ENTRETIEN**

#### **Présentation des participants aux focus group :**

- Sexe, âge
- Mode d'exercice
- Durée d'exercice

#### **Questions :**

- 1) Quels sont les signes qui vous orientent vers une dépression du post partum ?**

#### Questions de relance :

- a) Les patientes en parlent-elles spontanément ?
- b) Si non, comment amenez-vous le sujet de leur état psychologique ?
- c) Utilisez-vous des aides ou échelles pour votre dépistage ?

- 2) Si vous repérez des signes de dépression du post partum, quel suivi proposez-vous aux patientes ?**

#### Questions de relance :

- a) Faites-vous appel à d'autres spécialistes ?

## **Annexe 3**

### **Focus group N°2**

**O** : Bonjour à tous, merci déjà d'être venus. Moi je suis O, je suis une ancienne interne qui a travaillé chez M et je travaille maintenant comme médecin adjoint chez eux depuis le mois de novembre. Et donc là, on est réunis pour discuter de ma thèse dont le sujet est le repérage de la dépression du post partum en médecine de ville.

**M** : Okay, on fait un petit tour pour se présenter.

**P1** : Moi c'est P1, en Saspas chez S.

**P2** : P2. J'ai terminé mon internat comme O l'année dernière, je suis ancienne interne de M et je remplace régulièrement.

**P3** : P3, j'ai fini depuis 2 ans maintenant, je remplace aussi, plutôt sur des congés maternité, des congés longs. Et puis j'étais ancienne interne de S en 2019.

**P4** : P4, je suis médecin du travail depuis 20 ans et je suis là en lieu de faire un DU de requalification en médecine générale.

**P5** : Moi c'est P5, je suis médecin généraliste installée sur Lallaing, j'étais une ancienne interne de S il y a quelques années et je suis installée depuis 3 ans maintenant. Hum nan ça va faire 4 ans.

**P6** : P6, médecin généraliste installée sur Lallaing depuis 7 mois. Euh et je travaille en parallèle aux urgences pédiatriques d'Arras.

**P7** : P7, je suis interne en Saspas chez Marc en ce moment

**P8** : C'est mon tour ?

**M** : Oui Bonjour P8

**P8** : Il faut dire du coup ?

**P1** : Se présenter

**M** : Dire qui tu es

**P8** : Je suis P8, chef de clinique universitaire, installée depuis 2 ans et demi en médecine générale.

**M** : Okay, bien. Donc euh, O vous a expliqué un petit peu. On va faire ce qu'on appelle un focus group, certains en ont déjà fait. L'objectif n'est pas que ni O ni moi, nous vous guidions ou disions quoi que ce soit. Ca va être un échange entre vous. Je vais presque dire toutes, *rires*.

Donc un échange, voilà, vous échangez sur euh par rapport aux questions qu'on va vous poser et nous n'interviendront pas, sauf pour relancer s'il y en a un qui a pas parlé ou voilà.

D'accord, c'est bon on peut y aller ?

Alors, O vous a expliqué qu'on allait parler du post partum et notamment de la dépression du post partum et euh pour vous, dans vos pratiques, quels sont les signes qui vont vous orienter vers ce diagnostic là de dépression du post partum ?

A vous de jouer

**P2** : Eh ben, moi je sais que j'ai tendance à y penser quand il y a les consultations du nourrisson. Euh pour déjà voir un peu l'état générale de la maman, voir un peu en terme de verbalisation, ce qu'elle peut dire spontanément avec des questions plutôt ouvertes au début, euh pour explorer son ressenti.

**P3** : Moi c'est un peu pareil. C'est notamment la première consultation du nourrisson, alors les autres aussi. De toute façon, le temps qu'ils installent le bébé, je demande toujours comment ça va à la maman et je leur redis bien qu'il faut pas hésiter à prendre rendez-vous pour elles, parce que souvent elles osent pas en parler ou elles prennent pas le temps. Euh et quand j'ai le moindre doute, je leur reprogramme un rendez-vous, un rendez-vous d'emblée quoi.

Par contre, ça répond pas à la question. La question c'était les signes...

Donc euh du coup bah souvent elles décrivent une fatigue qui est enfin, elles décrivent une fatigue qui est importante, plus importante que celle qu'on peut avoir déjà quand on a un bébé à la maison. Euh quand elles se sentent débordées, dépassées, euh quand elles décrivent des pleurs et puis au niveau alimentaire, si elles prennent plus le temps de manger correctement, voilà des choses comme ça essentiellement. Ca c'est lors de la consultation avec bébé, il faut creuser par la suite après.

**P5** : C'est ça, moi aussi la consultation à J15 en général que je pose la question, je demande si elles dorment, si elles mangent, si elles prennent le temps de manger. Euh si ça va, et quand on creuse un petit peu, je trouve que franchement, il y a facile une femme sur deux qui pleure, après c'est pas forcément la dépression, c'est normal, c'est les hormones tout ça et elles prennent pas le temps pour elles de toute façon, elles viennent jamais.... Je leur dis jamais de venir en consultation pour elles. Quand je sens que ça va pas, pour l'examen d'un mois du nouveau né du coup, je prévois plus comme ça je sais que l'interrogerai la maman, j'en profite à ce moment là. Mais globalement, quand je leur dis de prendre un rendez-vous pour elles, elles viennent jamais. Je fais ça dans tous les examens mensuels et je demande souvent comment ça va elle, la question ouverte et puis ...

Et, j'essaie à chaque fois, surtout quand c'est un premier, quand je sens que c'est difficile à la maison, qu'elles dorment pas beaucoup, qu'elles pleurent vite, j'en touche un mot à chaque visite quand même. Et les symptômes, du oui c'est ce que disait P3, les pleurs, manque d'appétit. Ben c'est surtout fin, moi j'ai été maman il y a pas longtemps donc euh, je euh, je sais *Rires*

Je sais, fin voilà, je sais qu'on mange pas beaucoup, qu'on dort pas beaucoup et voilà ça dépend. Il y a des bébés qui vont très bien et voilà, les mamans elles dorment bien et ça se passe bien. Quand le sommeil c'est plus compliqué, ça va vite, le moral c'est compliqué ouai.

**P6** : Moi pareil, je m'y intéresse à chaque consultation du nourrisson, euh voir comment les parents, les deux parents se sentent dans ce nouveau rôle. Pour les signes évocateurs, je trouve qu'il y a les signes maternels, on en a parlé, les angoisses, les pleurs, la dévalorisation, la peur de mal faire plus poussée que d'habitude. Et après, il y a les côtés chez l'enfant aussi, où il peut y avoir des troubles de l'interaction ou avec les parents, qui sont pas tellement adaptés aux réactions de bébé, ça peut être un signe évocateur. Et après, ce que j'ai souvent eu aussi c'est, les parents ils vont, ils rapportent trop de difficultés avec le bébé, c'est le bébé qui va pas, il va pas bien, alors que finalement pour nous tout est rassurant et en fait finalement en creusant, c'est maman qui va pas très bien.

**M** : Tu peux relancer sur dévalorisation ? Qu'est ce que tu entends par là, plus précisément ?

**P6** : Bah elles peuvent se dire « Je fais mal, je suis pas une bonne maman ». Elles se sentent pas à la hauteur.

**P5** : Moi je trouve qu'il y a beaucoup de pression sur la maternité maintenant avec les réseaux sociaux et tout ça. Les mamans elles veulent toute bien faire, et ça met trop de pression en un sens.

**P2** : Parfois, il y a la pression des proches aussi. Il y a certaines patientes en consultation, elles vont dire « Ah bah on me dit qu'est ci, on me dit que c'est ça, je sais plus sur quel pied danser » Finalement, il y a ça aussi

**P7** : Il y a peut être l'ambiance aussi à la maison, avec le conjoint, plus de disputes qu'habituellement, ça pourrait être un signe. Plus sur des sujets qui n'avaient pas lieu avant que le bébé soit né. Ca peut

être un signe évocateur aussi. Parce que la maman si parfois elle fait une dépression, elle vient pas au cabinet, on peut essayer de dépister en passant par le papa, s'il vient au cabinet.

**P1** : Alors, moi c'est pas évident, parce que j'en ai pas euh j'ai pas eu beaucoup de consultations du nourrisson pour l'instant donc j'ai pas beaucoup eu l'occasion d'aborder ce genre de choses. Euh mais c'est vrai que quand je vois une jeune maman, euh je lui pose une question ouverte, si ça va mais euh si tout se passe bien à la maison, si avec l'enfant ça se passe bien, j'essaie de creuser dans ce sens là. Je la laisse venir pour l'instant, mais c'est vrai que si j'ai des signaux, des choses qui vont m'alarmer un peu plus, je vais avoir tendance à vouloir la reprogrammer mais c'est vrai que si je ressens rien de particulier ou d'inquiétant, c'est tout, je la revois pas forcément à distance.

**P8** : Bah moi, on revient un peu sur les signes que tout le monde a évoqué, en effet, enfin la détresse maternelle, fatigue importante, la sensation d'être dépassée aussi, l'impression de pas savoir s'occuper de son bébé. Quand il y a aussi des antécédents psychologiques, on peut un peu plus s'attendre à avoir une dépression du post partum. Mais c'est surtout enfin pour moi, le suivi qui va faire, parce qu'en effet le premier mois en général, elles sont toutes fatiguées et elles sont toutes dépassées et elles dorment pas beaucoup donc c'est pas évident. Un autre signe, ça peut être aussi besoin de beaucoup de soutien familial ou qu'elles ont l'impression d'être seules avec leur bébé.

**P4** : Euh alors moi en tant que médecin du travail, j'ai une vision un peu différente, je crois. En fait, il y a une consultation obligatoire à la reprise du travail, c'est la consultation de reprise après maternité. Et donc, à cette occasion là, c'est que c'est un grand changement dans la vie d'une femme, parce qu'il y a la séparation avec bébé à la reprise du travail et il y a toute l'organisation que ça nécessite, en terme de garde d'enfant, en terme d'organisation pour aller les chercher, à intégrer dans la vie perso et consigner une activité professionnelle. On doit être aussi performant qu'avant la maternité en ayant parfois pas beaucoup dormi et en ayant une deuxième vie professionnelle en rentrant chez soi. Donc souvent, moi je l'interroge sur euh, sur la manière dont ils ont un peu anticipé toute cette organisation et on peut voir que chez certains, ils sont déjà mal organisés au départ, au démarrage. Ça peut être un petit peu confus, c'est pleins d'angoisses, on sent qu'ils savent pas comment ils vont concilier tout, ça peut être des signes d'alerte. En tout cas, sur le plan professionnel, c'est le moment où on peut décider de les revoir de manière un petit peu plus rapprochée et d'orienter après vers le médecin généraliste s'il le faut.

**M** : D'autres idées ?

**P6** : Des fois, c'est le papa aussi. Enfin quand ils sont à deux en consultation, c'est le papa qui parle, qui prend la parole et qui dit « Moi je sens que pour ma femme, c'est difficile. Est-ce que vous avez des conseils ? ». Et du coup, ça peut être la perche tendue pour aborder le sujet.

**P5** : Moi je pense aussi que l'attachement est très important, c'est vrai que t'en a parlé un petit peu (*en s'adressant à P8*) mais euh, quand on voit que la relation maman-bébé elle est un peu plus compliquée que pour d'autres maman, ça c'est un des premiers signes aussi. Voir si la maman elle arrive à consoler le bébé quand il pleure, voir s'il y a un lien qui se fait.

**P7** : Je pense que c'est quelque chose de compliqué ces signes et j'ai l'impression qu'on parle beaucoup du premier bébé d'un couple. Et si c'est pas le premier et que par exemple il y a pas eu de dépression après le premier bébé et qu'il y en a une pour le suivant. Peut être qu'on va souvent se dire « Bah le premier ça s'est bien passé, il y a pas de raison que ça se passe mal. » Et du coup on va moins dépister peut être pour les nourrissons suivants.

**P3** : Moi, je pose la question dès qu'il y a un petit en fait. Enfin quand il a deux ou trois mois, on connaît pas toujours bien les autres enfants, s'il y en a ou pas. Donc c'est vrai que de manière systématique, je demande comment va la maman. Après quand c'est J15, comme tu dis, je creuse un peu plus J15 et 1 mois. Mais c'est vrai, que ce soit un premier ou un deuxième, je pose toujours la question. Surtout qu'un deuxième, je trouve que c'est aussi difficile, enfin deuxième ou troisième, les suivants parce qu'il y a aussi le premier ou les deux premiers à gérer donc je trouve que c'est pas forcément plus simple.

**P7** : Je pense que c'est un biais peut être qu'on peut se mettre en se disant « le premier ça été, il y a pas de raison que le prochain ça aille pas »

**P5** : Chaque bébé est différent..

**P7** : Après effectivement, si on arrive à être systématique, ça peut aider. Enfin il faut être systématique et poser les questions à chaque fois.

**P6** : S'intéresser aussi à comment a été vécue la grossesse, c'est intéressant je trouve aussi. Si ça s'est mal passé ouai il peut y avoir des trucs qui resurgissent à la naissance et si ça s'est très bien passé, au contraire, il peut y avoir des projections et finalement bébé il est pas attendu comme c'était et donc euh.

**P7** : Poser la question de la différence entre le premier et le nouveau bébé.

**P2** : Ouai, demander comment s'est passé la grossesse, comment s'est passé l'accouchement. Des fois, ils sont pas satisfaits non plus de ce qu'il s'est passé dans les jours suivant l'accouchement avec les équipes en gynécologie et tout ça. Donc ouai je pense qu'il y a pas mal de choses à explorer là-dessus aussi.

**P3** : Après je pense que c'est intéressant aussi de rebondir sur ce qu'a dit P4. Ce que tu disais c'est que des fois à la reprise du travail, des fois. Enfin, elles arrivent à garder la tête hors de l'eau pendant le congés maternité mais à la reprise du travail elles sont débordées, et c'est là que c'est un peu le château de cartes qui s'écroule. Et effectivement, on a des patientes qui reviennent à ce moment là pour demander un arrêt de travail, enfin qui est un arrêt maladie mais euh, parce qu'elles y arrivent plus, soit parce qu'elles allaitent et qu'elles espèrent avoir une prolongation de leur congés maternité enfin je le vois comme ça. Euh parce qu'elles s'en sortent plus, ou bien juste même si elles allaitent pas, parce qu'elles arrivent plus à gérer à la maison et cetera. Et donc parfois, c'est à ce moment là qu'on met un peu le doigt sur la problématique. Où là elles se livrent un peu plus, ou elles viennent un peu plus pour elles d'ailleurs.

**P4** : Oui c'est vrai qu'au-delà d'être un peu surbookées avec le travail, finalement c'est c'est vraiment la séparation, enfin c'est vraiment de confier son enfant à quelqu'un d'autre, souvent qu'on connaît pas bien au départ, il faut quand même faire confiance à un tiers et donc on peut voir les difficultés justement d'attachement. Parce que, je sais pas comment vous faites bien la différence entre un syndrome dépressif du post partum et puis un cumul de trop de tâches et qui est peut être pas la même pathologie finalement. D'où cette question, comment vous faites la différence entre un agenda débordé, quelqu'un qui a du mal à tout gérer et puis un vrai syndrome dépressif qui serait un syndrome dépressif du post partum.

**P6** : Après il y a des critères pour définir la dépression du post partum. Euh, que je connais pas par cœur, mais tristesse de l'humeur dévalorisation, angoisses voire des idées noires, qui durent plus de 2 semaines. Mais de toute façon, je pense qu'il y a un cumul entre chaque étape donc euh même si c'est pas étiqueté dépression du post partum, dans tous les cas si on a un doute, il faut s'y intéresser et creuser dans ce sens là.

**P3** : Il y a surtout le manque de lien avec l'enfant parfois jusqu'au rejet. Pas toujours heureusement mais voilà, ça peut aller jusque là voir des fois même elles peuvent devenir violentes, alors pas forcément physiquement mais émotionnellement avec un manque de ... pas de cocooning, mais voilà elles vont plus entourer correctement bébé, je sais plus qui c'est qui disait (*en se tournant vers les autres participants*), mais de plus savoir le calmer.

**P8** : Une carence attentionnelle.

**P3** : Oui voilà c'est ça. Mais oui ça fait partie des critères.

**P5** : Après ça c'est la dépression sévère, c'est quand même pas le plus fréquent.

**M** : D'autres choses ?

**P5** : Après les symptômes, dans le post partum, il y en a pas mal, ça existe aussi trouble des impulsions ça peut participer aussi aux symptômes, qu'elles décrivent rarement si on leur pose pas la question.

**M** : Un fois que vous les avez repérés, qu'est ce que vous faites ? Parce que c'est pas tout de les repérer, déjà il faut réussir, et ensuite qu'est ce que vous mettez en place une fois que vous les avez repérés ?

**P6** : On va proposer un rendez-vous à la mère en effet, mais en pratique elles viennent pas ou elles viennent avec le bébé et il y a toujours des choses avec le bébé donc elles en profitent pour faire la consultation bébé donc on a plus le temps pour maman. Donc euh les voir toutes seules, c'est je trouve impossible. Donc souvent moi je reprogramme un rendez-vous, alors soit j'utilise l'excuse du bébé en disant, « Voilà j'aimerais bien le revoir » et puis j'en profite pour orienter la consultation maman, soit lors de la prochaine consultation, je mets une consultation plus longue pour aborder les choses. En général, j'essaie de demander à ce que papa soit là, ça fait un soutien en plus et puis c'est la papa qui s'en occupe quand le bébé pleure, pour que maman elle puisse parler pendant la consultation.

**P7** : Moi j'ai pas beaucoup d'expérience et de recul mais la question est posée pour se dire, est ce qu'on met un traitement médicamenteux ou pas. Pas forcément, c'est pas le premier truc qui me viendrait à l'esprit d'introduire un traitement dans ces moments là, à moins qu'il y ait des antécédents déjà de dépression ou tentative de suicide qui existaient déjà avant. Mais quelqu'un où c'est vraiment les premiers symptômes qui arrivent c'est vraiment pas quelque chose qui me viendrait à l'esprit de tenter ça dès la première consultation malgré le fait que j'ai dépisté alors à moins qu'il y ait des idées vraiment suicidaires ou violentes ou qui pourraient porter atteinte au bébé aussi, mais là comme ça, je tenterais déjà des thérapeutiques qui sont non médicamenteuses dans un premier temps.

**P2** : Type peut être de voir un psychologue qui est un peu spécialisé dans la parentalité pour aider à verbaliser.

**P7** : Oui carrément.

**P2** : Après les revoir assez régulièrement, programmer une consultation à 15 jours, une semaine peut être pour voir un peu comment les choses évoluent.

**P7** : Un psychologue, clairement je pense que ce serait une solution importante, parce que ça permet d'avoir des rendez-vous plus longs pour pouvoir discuter beaucoup plus longtemps que 15 ou 30 minutes avec nous.

**P6** : Ouai après le psychologue, il faut trouver quelqu'un de disponible, c'est payant, il faut y aller sans bébé et on a pas le temps parce qu'on est débordée.

### *Rires généraux*

**P7** : Ouai dans un monde idéal ce serait bien.

**P6** : Après on propose mais euh...

**P3** : Après si c'est si grave que ce que tu décris, personnellement j'attendrais pas. Selon la patiente et son entourage soit elle arrive à vraiment se faire épauler et elle a quelqu'un à la maison tout le temps présent, parce qu'après le congés paternité est finalement bien plus court que celui de la maman donc ils sont pas toujours là. Donc soit il y a le papa qui est présent tout le temps pour éviter qu'il y ait une menace envers l'enfant soit alors après je pense qu'on peut prendre contact à la PMI mais je sais pas s'ils sont assez réactifs. Après sinon c'est vers l'hôpital, vers les urgences, pour qu'il y ait un petit peu de, si vraiment c'était dangereux, voilà si vraiment il y a un danger imminent on va dire. Voilà mais après j'ai jamais eu le cas heureusement.

**P7** : Pour avoir fait un RSA sur ce sujet, enfin pas exactement sur ce sujet mais sur par exemple les hospitalisations mère-enfant, il y a des unités dans certains hôpitaux, je crois qu'il y a 300 places dans

la France entière mais ce genre de choses existent ou après il y a aussi les associations comme la Croix rouge qui ont parfois des places pour des cas plus sociaux, mais quand c'est médico-social, ils peuvent héberger maman et enfant ou même papa maman et enfant pour faire un point et dans un secteur où ils peuvent voir des médecins, des psychologues et tout ça.

**P3** : Et après tu parlais des psychologues. En maternité, il y a des psychologues souvent, donc on peut à la limite espérer avoir des psychologues à la maternité. Si elles sont pas trop tardivement après l'accouchement, ça passe parfois.

**P5** : La PMI après souvent, la PMI je trouve qu'ils sont pas mal là-dessus. Après sinon au lieu du psychologue, j'ai une patiente qui avait été voir un ostéopathe qui lui a fait beaucoup de bien, pourquoi pas toutes les autres médecines alternatives. Comme elles vont voir les ostéopathes pour bébé en général, même les sages femmes elles font ça et j'en ai une qui est bien, qui a été une de mes patientes d'ailleurs. Et après parfois la reprise du travail ça les aide finalement, à retrouver un équilibre pro-perso. Je leur dis aussi de prendre du temps pour elles, essayer de se laver, manger, sortir sans bébé quoi. Et bien sûr si ça persiste dans le temps, souvent après 3 mois, en général je trouve qu'après 3 mois, la reprise ça commence un peu à aller. Et si ça persiste, oui on peut mettre un traitement dans ce cas là.

**P7** : Lui proposer une activité, que ce soit physique ou loisir.

**P5** : Ouai complètement.

**P7** : Vu qu'elle est pas au travail, elle a aussi le temps entre guillemets de faire ça pendant que le papa s'occupe du bébé et elle peut se trouver une heure à faire, j'en sais rien, faire une activité

#### *Rires généraux*

**P7** : Une heure dans une journée, ou ne serait-ce que 30 minutes, ça peut faire du bien aussi.

**P8** : Moi j'essaie, déjà bah de lui annoncer, voir si elle sait ce que c'est la dépression du post partum et si elle connaît les signes aussi, et les signes d'alerte surtout en fait. On peut faire, enfin pas de l'éducation thérapeutique mais quand même lui proposer de la voir plus souvent, c'est très important mais aussi de lui donner un peu les symptômes qui doivent la faire consulter rapidement un médecin ou un professionnel de santé. Et puis après ça dépend de la sévérité forcément, si on trouve que c'est très sévère moi j'hésite pas à appeler les psychiatres des unités mère-enfant, parce que même s'ils les voient pas il donnent des conseils assez intéressants et euh si c'est pour moi moins grave et si ça peut se résoudre en ville, la PMI c'est pour moi un des interlocuteurs assez disponibles quand il y a des soucis, que ce soit dépression du post partum, troubles de l'attachement ou allaitement, j'ai recours aux auxiliaires enfin puéricultrices ou psychologues et assistantes sociales. Mais souvent, elles sont assez attachées aussi au médecin traitant et du coup je pense que les revoir ça peut les aider aussi. Ça dépend le grade, la sévérité.

**M** : Autre chose ? Vous arrivez... Comment vous faites avec les sage femmes ?

**P3** : Le relais ?

**M** : Comment vous faites, dans le parcours des femmes qui sont suivies par les sage femmes ? Comment vous faites dans le parcours ?

**P3** : Bah souvent après l'accouchement, elles les voit plus beaucoup.

**P5** : A J7 souvent, et après elles font la rééduc.

**P3** : Oui mais parfois pas tout de suite, donc en fait il y a un trou, on va dire du suivi avec la sage femme.

#### *Accord général*

**P3** : Parce qu'elles les voient effectivement au tout début au retour de la maternité, souvent même avant nous à domicile. Et puis après effectivement, elles prévoient la rééduc mais des fois à un mois et demi, deux mois voir beaucoup plus longtemps ça dépend et puis ça dépend de la disponibilité de la maman et de la volonté à faire la rééducation. Des fois c'est nous qui insistons plutôt qu'autre chose, au moins vérifier. Mais dans ce cadre là, moi je trouve qu'il y a pas trop de relais. Je trouve que c'est un moment où la sage femme est un peu en retrait.

**M** : Dans quel délais vous voyez les mamans qui viennent d'avoir leur bébé ?

*Tout le monde en accord* : 15 jours.

**P5** : 15 jours à 1 mois.

**P6** : Enfin on voit les bébés, accompagnés de maman.

**P7** : Déjà il faut être informé que le bébé soit né.

**P5** : Parfois à J7. Mais le temps en fait de sortir de la maternité, de nous appeler, il se passe vite 15 jours. Si moi elle m'appelle à J7, je les vois à J7 mais vu que la sage femme passe à la maison et elles disent souvent, « Aller chez votre médecin à J15 ». Et c'est ça que la maman fait qu'elle vient sinon on les voit rarement avant.

**P3** : J'ai jamais vu avant J15.

**P2** : Moi non plus. On voit sur le carnet de santé du coup de l'enfant, les transmissions entre guillemets mais sinon effectivement, il y a pas forcément de lien avec la sage femme. Et moi avant J15 j'ai jamais vu non plus effectivement. Sauf des soucis intercurrents, problème de transit ou autre mais pas pour la visite.

**P8** : Moi j'ai déjà vu plusieurs fois à J7 aussi mais c'est vrai que c'est des mamans que j'avais déjà vu avant, qui me connaissent et à qui on a dit à la sortie de l'hôpital « Il faut aller voir votre médecin ou votre sage femme ». Et qui osent sortir, parce que en effet il y en a qui viennent pas tout de suite parce qu'elles osent pas sortir avec le bébé donc ils viennent à 15 jours ou 1 mois en disant « J'osais pas le sortir, il fait froid dehors ». Quand la relation de confiance est là et que les parents sont aussi confiants, ils l'amènent assez tôt. Après avec la sage femme, moi j'ai pas de lien non plus, je pense que les mamans elles pensent que la sage femme, c'est plus pour elles que pour le bébé, et que du coup elles y retournent au moment de la rééducation périnéale, sans forcément nous en parler d'ailleurs. En fait les mamans, elles nous parlent du bébé et elles parlent à la sage femme d'elles, j'ai l'impression.

**P6** : Je pense qu'aussi les sage femmes, enfin moi dans notre secteur elles sont... Des fois, j'ai des problèmes de poids où je voudrais que ce soit vérifié sauf que le planning fait que c'est difficile de les revoir entre J10 et 1 mois et donc souvent je leur propose de revoir la sage femme pour qu'il soit pesé et en fait les parents me disent « Bah non la sage femme elle veut plus ou elle peut plus nous voir, elle est pas dispo ». Et en fait, la majorité des parents me répondent que la sage femme, ils l'ont vu à J7 et c'est tout c'est fini et il y a pas de suivi derrière.

**M** : Et en terme d'aide au repérage justement de la dépression du post partum ?

**P2** : Bah on a pas de communication donc euh...

**P3** : A part dans le carnet de santé pour l'enfant mais jamais j'ai eu un courrier ou, à part le courrier de sortie de maternité mais qui comprend souvent pas grand-chose à part le poids, la taille et si l'accouchement était par voie basse ou césarienne ou s'il y a eu des complications. De la part de l'hôpital on a pas d'information au dépistage à ma connaissance, enfin j'ai jamais vu et de la sage femme j'ai jamais reçu non plus l'information. A part peut être les enfants qui sont suivis en PMI ou la

sage femme trouvait que et elle a demandé que ce soit un suivi PMI et que ce soit la PMI qui nous interpelle mais j'ai jamais eu le cas non plus.

**P6** : Après, moi je m'étais déjà posé la question, je m'intéressais au sujet pour un thèse et je m'étais dit, comment dans le carnet de santé ça peut être transmis que ça été recherché mais le soucis c'est que le carnet de santé c'est le document du bébé et qu'il y a quand même le secret médical, le carnet de santé il va se balader toute la vie, normalement, avec l'enfant. Et des infos sur maman c'est pas non plus très adapté. Je pense qu'il manque...

**P2** : Un courrier

**P6** : Ou le dossier maternité. Enfin il manque un document qui fait le lien pour la maman.

**P8** : Oui, garder le dossier de maternité jusqu'aux 3 mois de l'enfant. Même pour voir d'ailleurs le repérage il peut être fait pendant la grossesse. Souvent, ils posent toujours la question à toutes les consultations mensuelles de l'état du moral ou comment elles envisagent l'arrivée de l'enfant et c'est vrai que peut être garder ce dossier là pourrait nous aider pour l'orientation en post partum.

**P3** : En théorie mais en pratique... Déjà quand on les voit pour autre chose pendant la grossesse, elles ont même pas leur dossier. Moi ça me rend folle, enfin on les voit deux fois pendant la grossesse pour des choses intercurrentes et on sait rien en fait sur le suivi, on sait rien, on sait rien de rien parce qu'elles ont pas leur dossier, parce que soit il est resté à la maternité, parce que c'est plus simple pour la maternité, soit elles savent pas forcément, on a pas les infos, enfin elles viennent avec rien. Donc oui en pratique, enfin en théorie ce serait bien mais en pratique... Faudrait qu'elles l'aient en mains, il y en a qui l'ont jamais eu en mains.

**P8** : Moi, je l'ai, j'ai plutôt le dossier

**P3** : Oui mais ça dépend où alors

**P8** : Ca dépend peut être des femmes aussi

**P7** : De toute façon, sur le carnet de suivi de grossesse, il y a pas beaucoup d'infos sur l'humeur tout ça, c'est plus quelque chose de médical, souvent ils le notent pas.

**P6** : Après, il y a un espace dédié pour ça.

**P7** : Enfin là en sortant de gyneco, j'ai l'impression qu'il était quasi jamais utilisé.

**M** : D'autres choses ? Par rapport à une fois que j'ai repéré, qu'est ce que je fais ?

**P6** : Alors c'est quitte ou double mais des fois, dire, parler de dépression, ça met des mots sur le mal être et ça peut faire du bien. J'ai eu le cas aussi où ça a pas fait du tout de bien.

**M** : Explicite.

**P6** : Euh bah c'était un cas en particulier où la maman était très stressée, tout était orienté bébé et quand on posait une question sur elle, elle évitait le sujet pour reparler du bébé. Elle voulait pas, aucune question sur elle quoi, elle expédiait le sujet. Donc euh j'étais avec un maitre de stage qui a, enfin je suis pas sûre que c'était amené parfaitement pour cette maman, mais qui a sorti l'échelle d'Edinbourg sur la dépression du post partum et donc euh la maman l'a très mal pris, elle s'est braquée complètement, je suis même pas sûre qu'elle a reconsulté derrière les médecins. Donc euh c'est au cas par cas, des fois prononcer le mot « Dépression » ça peut aider mais des fois il faut y aller plus subtilement.

**P8** : Moi ça m'est déjà arrivé aussi de demander un deuxième avis pour une maman qui venait en fait en consultation souvent avec son bébé, qui trouvait toujours que ça n'allait pas alors qu'il prenait du poids, bon il avait peut être un reflux qui le gênait ou des coliques mais pour moi en tout cas rien de très gênant pour sa croissance et pour son état général et en fait la maman était tellement stressée que je lui ai dit « Bah écoutez, je vous envoie vers un gastro pédiatre, vous le voyez une fois et s'il y a

quelques chose il vous le dira mais probablement qu'il dira comme moi que tout va bien ». Elle y est allée une ou deux semaines après elle était rassurée et après elle était beaucoup plus zen. Alors je sais pas si c'est parce que j'étais juste médecin généraliste ou si c'est parce qu'elle avait besoin de plusieurs avis pour la reconforter. Mais ça m'a aidé en tout cas et ça l'a aidé elle aussi.

**P5** : Moi c'est mon expérience personnelle qui aide je pense mes patients, parce que j'ai eu un bébé avec des reflux qui a pas dormi pendant 3 mois donc je sais. Et donc quand elle en parle, je suis très empathique, parce que je comprend ce que c'est et voilà que c'est pas facile. Et donc le fait de me mettre du côté de maman en tant que médecin, ça les aide aussi enfin voilà. Je leur dis que je comprends, parfois que j'ai vécu la même chose, quand ils ont eu un reflux ou un bébé qui dort pas ou bref. Et voilà, c'est des conseils de maman plus que de médecin mais ça les aide aussi.

**P7** : Ce qui est plus compliqué pour mon cas.

### *Rires généraux*

**P5** : Ah non mais d'avoir un enfant, c'est une formation.

**P3** : Après moi pour ma part j'ai pas d'enfant, euh c'est une anecdote à part. Mais j'étais à un baptême d'une amie et il y avait un couple qui venait d'avoir un enfant. Donc je parlais à la maman, enfin voilà, je lui demandais comment elle allait, un peu plus sur le non professionnel et personnel mais au bout d'un moment, c'est une copine de mon amie, donc elle me connaissait pas forcément, on s'était vu une ou deux fois mais elle savait pas que j'étais médecin, et elle m'arrête et elle me dit « Mais comment tu sais tout ça ? T'as des enfants ? » et j'ai dit « Bah non, mais je suis médecin généraliste et je fais beaucoup de pédiatrie ». Et du coup c'est vrai, enfin je pense, que l'expérience elle joue beaucoup mais on a pas forcément besoin d'avoir des enfants pour connaître la vie d'une maman et des parents en général qui ont un nouveau né.

**P6** : C'est parce que les parents ils aiment bien. Quand on dit, il sentent que t'es à l'aise et que peut être t'as des enfants, ou que tu dis que t'as des enfants, ils sont contents.

**P8** : Oui je pense.

**P6** : Ils sont assez satisfaits, ils te disent « Vous avez des enfants ? » « Non » « Ah ... »

**P8** : C'est un peu comme tout. On peut pas toujours dire à la personne qui a un lumbago, « Ah bah moi aussi j'ai déjà eu une crise, vous inquiétez pas ça passe au bout de 5 jours ». On peut pas toujours ramener comme ça...

**P6** : Heureusement

**P8** : Oui, je pense qu'il vaut mieux même pas le faire même si ça peut parfois rassurer.

**M** : D'autres choses?

**P3** : Après j'ai l'impression que tu essaies de nous amener sur la prise en charge et qu'on y répond pas vraiment. Alors moi j'ai jamais eu de cas où ça été au point de devoir introduire un traitement médicamenteux chez une patiente en post partum mais je pense que facilement si j'avais un doute, je demanderais effectivement un avis, parce que d'une part j'en ai jamais eu et pris en charge et puis aussi parce que ça peut être parfois plus compliqué à prendre en charge s'il y a par justement un allaitement. On a le CRAT, on connaît un peu les données mais des fois on a vraiment pas envie de mettre un traitement si en plus on doute un petit peu de l'utilité. Je pense que je demanderais facilement un avis complémentaire pour dire que les choses soient bien claires. Quitte à appeler moi-même, comme tu disais (en s'adressant à P8), même pour prendre un avis par téléphone.

**P6** : Moi j'ai déjà été confrontée à la question du traitement, normalement les recommandations c'est psychothérapie et traitement, enfin les deux quoi, jamais le traitement seul. Du coup, comme on disait tout à l'heure, pour la psychothérapie, il faut trouver quelqu'un de disponible, souvent elles prennent pas de le temps de consulter donc euh. De mon expérience en tout cas, je les revois régulièrement,

toutes les semaines ou toutes les deux semaines, toute seule ou avec bébé en fonction de ce qu'elles veulent bien faire, et ça sert de psychothérapie, pour ce que ça vaut. Et j'ai déjà posé l'indication d'un traitement, après c'est une discussion, comme pour toutes les pathologies, avec la patiente, j'en ai discuté avec elle, elle était plus ou moins d'accord donc il me semble que je suis allée jusqu'à faire l'ordonnance et elle voulait se laisser un peu de temps pour voir si elle démarrait le traitement. Et finalement elle l'avait pas pris mais elle savait qu'elle avait ça sous la main. Donc après, il faut prendre en considération les antécédents, l'allaitement et cetera mais je crois pas que ça soit compliqué de prescrire un traitement, c'est juste qu'il faut passer le cap en se disant, enfin faut avoir confiance en son diagnostic et voir si la mère, elle est ok aussi.

**P7** : Tu as prescrit un anxiolytique ou un antidépresseur ?

**P6** : Là, un antidépresseur.

**P7** : Après si on peut pas lui prescrire un antidépresseur et qu'on sent qu'il y a des moments dans la journée ou ça va pas, toujours en regardant le CRAT mais peut être commencer par un anxiolytique pendant une semaine.

**P6** : Alors faut regarder mais les anxiolytiques, je pense qu'il y en a aucun qui marche avec l'allaitement, moi je le prescrirais pas personnellement, et je suis pas sûre que dans les recommandations ce soit...

**P3** : Moi j'ai vu une patiente, enfin c'était pas une dépression du post partum mais elle avait des anxiolytiques à la maison et qui avait accouché et qui refusait de les prendre de peur de pas pouvoir s'occuper correctement de son enfant. Et qui avait eu cette réflexion là avec moi en consultation.

**P6** : C'est ça qui freine avec le traitement antidépresseur, elles ont peur. Même si on leur dit c'est ok avec l'allaitement et c'est ok avec le fait ce s'occuper de bébé, elles ont peur que ça ait un effet néfaste. C'est ça qui les freine à la prise de médicaments en général.

**P5** : Et puis le fait de prendre un médicament, c'est qu'on est malade. Peut être qu'elles ont du mal à l'accepter elles aussi. Mais oui j'ai eu le cas aussi où je voulais prescrire mais la maman elle a refusé.

**P7** : Et t'avais prescrit quoi ?

**P5** : Rien du tout du coup

**P6** : Ah moi ? Je sais plus... Un inhibiteur de la recapture de la sérotonine je crois, il y a un antidépresseur qui est recommandé en première intention mais je sais plus lequel là comme ça. Mais c'est facile à trouver.

**M** : Bien. C'est tout bon ? Vous avez d'autres idées ? Je pense qu'on a fait à peu près le tour.

**O** : Merci à tous.

**AUTEURE : Nom : MASSELIN**

**Prénom : Sarah**

**Date de soutenance : 20 Novembre 2025**

**Titre de la thèse : Repérage de la dépression du post partum : point de vue des médecins généralistes des Hauts de France**

**Thèse - Médecine - Lille 2025**

**Cadre de classement : Thèse d'exercice**

**DES + FST/option : DES de Médecine générale**

**Mots-clés : Dépression du post partum, repérage, focus group, médecins généralistes**

**Résumé :**

**Contexte :** La dépression du post partum concerne environ 10 à 15% des femmes en France et reste largement sous diagnostiquée. Le médecin généraliste fait partie des professionnels en première ligne dans le suivi post natal et joue un rôle clé dans le repérage précoce de la dépression du post partum. L'objectif principal de cette étude est d'explorer les pratiques des médecins généralistes pour repérer la dépression du post partum chez les jeunes mères. L'objectif secondaire est d'étudier le parcours de soin qu'ils mettent alors en place pour la prise en charge de ces patientes.

**Méthode :** Une étude qualitative par focus group a été réalisée auprès des médecins généralistes des Hauts de France entre avril 2024 et février 2025. Ces entretiens ont permis de réunir le point de vue de 21 médecins généralistes. L'analyse est inspirée de la théorisation ancrée, avec triangulation des données.

**Résultats :** Les médecins interrogés observent au cours de leurs consultations les interactions mère-enfant et s'attardent à repérer les patientes fragiles pouvant présenter des facteurs de risque de dépression. Le repérage doit se faire le plus précocement possible et de façon répétée. Les médecins s'appuient sur l'entourage de la patiente pour repérer les premiers symptômes et soutenir la patiente dans son parcours de soin. Ils proposent la mise en place d'un suivi coordonné entre les différents intervenants du post partum.

**Conclusion :** Cette étude souligne l'importance d'un repérage précoce par le médecin généraliste. Renforcer la communication entre intervenants du post partum et informer les patientes sur les risques et symptômes pourrait améliorer le repérage de la dépression du post partum.

**Composition du Jury :**

**Président : Pr JARDRI Renaud**

**Assesseurs : Dr OLLIVON Judith**

**Directeur de thèse : Dr DUTHOIT Thierry**